

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão  
arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Félix Pinto,  
Cantá/RR**

**Jorge Sarda Rojas**

**Pelotas, 2015**

**Jorge Sarda Rojas**

**Melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Felix Pinto, Cantá/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Pâmela Moraes Volz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R741m Rojas, Jorge Sarda

Melhoria do Programa de Acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Félix Pinto, Cantá/RR / Jorge Sarda Rojas; Pâmela Moraes Völz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

109 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Völz, Pâmela Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

A minha esposa que forma parte essencial da minha vida, a minha mãe e pai que tanto sacrifício tem feito para fazer de mim um homem de bem, a minha orientadora e professores por oferecer apoio na minha formação como profissional, a todo o povo brasileiro pela amizade e a todos os que sempre precisam de ajuda e apoio.

## **Agradecimentos**

A minha esposa por todo o apoio que sempre tem me dado, por seu infinito amor e paciência.

A minha mãe pelo sacrifício, amor e educação oferecida. A ela onde se encontre.

A meu pai que ainda fica fisicamente a meu lado pelo sacrifício, amor e educação oferecida.

A minha orientadora pela sua paciência, compreensão, e apoio durante o curso.

A todos aqueles que contribuíram na realização deste maravilhoso trabalho.

## Resumo

SARDA ROJAS, Jorge. **Melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Felix Pinto, Cantá/RR.** 2015. 109p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Evidências demonstram que o bom manejo destas doenças crônicas na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi melhorar a atenção à saúde do usuário portador de HAS e ao usuário portador de DM na UBS/ESF Félix Pinto, Canta, RR. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas por solicitação dos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – EAD a intervenção foi desenvolvida em 12 semanas. Com a implementação do projeto de intervenção foram cadastrados 242 usuários hipertensos e 89 usuários diabéticos, atingindo uma cobertura de 26,5% e 34,1%, respectivamente. Além disso, a intervenção propiciou o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, um maior nível de conhecimento aos profissionais mediante as atividades de qualificação da prática clínica e promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, aumentando, dessa forma, o engajamento público e a governabilidade dos profissionais na solução dos problemas que seriam de responsabilidade dos gestores.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1 - UBS Félix Pinto.....	12
Figura 2 - Capacitação da equipe .....	56
Figura 3 - Engajamento público.....	59
Figura 4 - Recuperação de espaços públicos .....	59
Figura 5 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .	66
Figura 6 - Cobertura da atenção ao diabético na unidade de saúde.....	68
Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	70
Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	72
Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	72
Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	73
Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa .....	75
Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa .....	76
Figura 14 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	77
Figura 15 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	78
Figura 16 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	79
Figura 17 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	80
Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	82
Figura 19 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular .....	83
Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	84
Figura 21 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal .....	85

**Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Usuários com hipertensão e/ou diabetes
LACEN	Laboratório de Análise Clínico Especializado Nacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSA	Antígeno de Superfície Prostático
UBS	Unidade Básica de Saúde
RR	Roraima
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	47
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	63
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão .....	86
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	92
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	96
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	98
Referências.....	102
Anexos.....	103

## **Apresentação**

O presente trabalho de intervenção foi constituído com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes a Estratégia de Saúde Familiar Félix Pinto, do município de Cantá, estado de Roraima. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte, observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de abril/2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas e sua finalização ocorreu no mês de junho/2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A UBS Félix Pinto está localizada no município Cantá, Estado de Roraima. Esta região é considerada Amazônia legal, pois forma parte da franja amazônica da América do sul. A minha UBS está localizada na área rural, que é distante da sede do município e conta com sala de vacinação, recepção, consultório médico, laboratório, sala de enfermagem, farmácia e cozinha. Nossa equipe está composta por um médico, uma enfermeira, quatro técnicos em enfermagem, um diretor-administrativo, um auxiliar de farmácia, um auxiliar de limpeza e quinze agentes comunitários de saúde (ACS) distribuídos em toda nossa área de abrangência. As consultas médicas e as visitas domiciliares são agendadas pelos ACS. Deste jeito, melhora-se a qualidade do atendimento prestado para os usuários e de igual forma contribuimos para melhorar as ações de saúde, seja elas de promoção ou prevenção.

No município temos os seguintes serviços: fisioterapia, serviço odontológico, SAMU, farmácia central, centro de referência do idoso e laboratório clínico. Todos os serviços citados estão localizados na sede do município, o que constitui uma limitação para a maioria dos usuários que moram nas vilas e vizinhas devido à falta de transporte (trata-se de lugares de difícil acesso) e dificuldades socioeconômicas de muitos destes usuários.

Podemos dizer que o posto médico da sede do município conta com urgências de vinte quatro horas e, os usuários vão até esse serviço se apresentarem febre, dor, ou alguma outra doença de pequena complexidade. Mas se precisarem dos serviços avançados por uma doença mais grave, se dirigem até a capital do estado, Boa Vista. Na minha área é onde existe maior índice de doenças infectocontagiosas no município todo, são elas: leishmaniose (fundamentalmente LTA), hanseníase, tuberculose, malária, doenças de transmissão sexual como sífilis e gonorreia. Estas últimas são mais frequentes nas comunidades indígenas do município que também fazem parte da nossa área de abrangência.

Temos que destacar que estas doenças anteriormente citadas são de estreita vigilância pelo pessoal encarregado, facilitando assim o trabalho de prevenção e detecção precoce destas doenças.

A área de abrangência da UBS Félix Pinto tem uma peculiaridade, pois é a maior de todas as áreas tendo mais de 325 km<sup>2</sup>.

Temos vários postos de saúde, distribuídos em vizinhos e vilas. Oferecemos atendimento para as seguintes vilas: Vila União, Vila Aguiar, Vila São José, Vila Caxias, Vila Santa Lucia, Vila Jatobá, PA União, Vizinal10, Vila Jerusalém e Pau Brasil. A distância entre estas comunidades é grande, aproximadamente uns 30 ou 40 km entre elas. Como o acesso dos usuários à UBS é difícil, a equipe faz penetrações nas vilas e procura desenvolver atividades de prevenção e promoção nas residências dos usuários para facilitar o acesso destes usuários aos serviços de saúde.

Ainda temos muito por fazer, mas temos toda a vontade de ajudar a quem merece, que é a população. E tenho total confiança que através do trabalho coletivo vamos conseguir alcançar esse objetivo.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município do Cantá está localizado na parte centro leste do estado Roraima, com uma extensão territorial de 7664.8 Km<sup>2</sup> e com uma população

estimada de 15.774 habitantes. A região é totalmente rural e a sede do município está localizada a 35 km da capital do estado, Boa Vista. O município tem limites pelo norte com o município de Boa Vista e Bonfim, pelo sul com o município Caracaraí, ao leste com o município Bonfim e pelo oeste com os municípios de Boa Vista, Mucajaí e Iracema. As atividades econômicas fundamentais dos moradores de Cantá são a agricultura e a produção de farinha de mandioca brava, que representa a dieta fundamental das famílias nordestinas e, especificamente, das famílias cantaenses. Nosso município possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são: UBS Santa Cecília, UBS Sebastião Rodriguez da Silva localizado na sede do município, UBS confiança III, Vila Central, UBS Serra Grande II e UBS Félix Pinto. Além destas, existem 14 postos de saúde da família (PSF) distribuídos nas diferentes áreas. A área de abrangência da ESF Félix Pinto é a maior de todas, com cinco unidades de extensão, possibilitando as penetrações nas comunidades e levando o serviço para perto das moradias dos usuários. Até o momento, não contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas segundo os gestores municipais, o projeto está aprovado e deverá ser liberado pelo Ministério da Saúde em breve. Cabe destacar que a atenção especializada não é disponibilizada no município, sendo uma das problemáticas que influenciam diretamente no excesso de demanda nas unidades hospitalares da capital do estado. O município conta com fisioterapia, serviço odontológico, SAMU, farmácia central, Centro de Referência do idoso. Neste último são realizadas atividades de promoção e prevenção fundamentalmente. Ademais, Cantá conta com um laboratório clínico localizado na unidade sede, atendendo o excesso de demanda de todas as áreas, mas também contamos com vários laboratórios na capital que auxiliam no atendimento do excesso de demanda no nosso município. Com relação aos demais exames complementares como mamografias, ressonâncias magnéticas, ultrassonografias em geral, raios x, eletrocardiograma, densitometrias ósseas e outros exames de maior complexidade, os mesmos são realizados nos diferentes centros de saúde da capital, pois nosso município não conta com nenhum destes serviços.

Seguindo o modelo da ESF, a UBS Félix Pinto está situada numa área rural, a 145 quilômetros da sede do município. O acesso à UBS se dá por

estradas sem asfalto, mas mesmo assim viajamos para todas as vilas e vizinhos, as quais compõem nossa área de abrangência com 325 Km<sup>2</sup>. De forma sucinta, vou citar as unidades básicas de saúde de cada vila de nossa área de abrangência. As mesmas possuem estruturas básicas e se configuram como unidades de apoio: Vila União, Vila Aguiar, Vila São José, Vila Caxias, Vila Santa Lucia, Vila Jatobá, PA União, Vizinal10, Vila Jerusalém e Pau Brasil. Nossa equipe está composta por um médico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, um diretor-administrativo, um auxiliar de farmácia, um auxiliar de limpeza e quinze agentes comunitários de saúde distribuídos em toda nossa área de abrangência. Também temos na área de abrangência cinco agentes comunitários de endemias, responsáveis pela vigilância epidemiológica dos usuários. Estes profissionais tem um papel importante na comunidade, pois a mesma é uma região com alta incidência de doenças transmissíveis, como hanseníase, malária, dengue, leishmaniose e esquistossomose mansônica. Há dois anos, contávamos com um cirurgião dentista, mas o mesmo não trabalha mais na UBS. Os usuários que precisam de avaliação odontológica tem que viajar até a sede do município para receber atendimento.

Em relação à estrutura física, a UBS conta com uma sala de espera adequada, com capacidade para 20 a 35 usuários, uma recepção pequena, mas ventilada e adequada para guardar os prontuários.



Figura 1 - UBS Félix Pinto.

Como a UBS não possui sala de reuniões, algumas vezes ocupamos esse espaço para realiza-las, isso claro, sem prejudicar o horário do atendimento aos usuários. A estrutura conta também com um consultório médico, sala de vacina, farmácia, cozinha, um banheiro para funcionários e um banheiro para usuários. Todos os espaços da UBS possuem janelas que permitem um melhor fluxo de ar. Os armários da UBS são internos e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção. Nossa ESF não possui expurgo, mas a prefeitura têm destinado um carro de lixo biológico e outro de lixo comum para a coleta semanal dos mesmos. A UBS apresenta uma particularidade, pois a sala destinada a curativos e procedimentos é mesma destinada a nebulização, o que pode criar dificuldade no atendimento aos usuários coincidentes, ou com grau de contaminação em casos específicos. Para solucionar essa problemática colocamos o aparelho de nebulização na sala de enfermaria. Não possuímos sala de esterilização e, por isso, todo o material é esterilizado no consultório odontológico. Vale ressaltar que, apesar de não existir um local específico, como exige o manual da estrutura da UBS, a equipe realiza corretamente todos os processos de lavagem, descontaminação e esterilização conforme preconizado pelas normas epidemiológicas. Além disso a UBS não possui um acesso adequado para pessoas com deficiência, pois não possui rampas alternativas, apenas uma rampa central que fica na entrada da unidade básica de saúde. Já conversamos com um dos vereadores do município para que eles façam as rampas para facilitar a entrada dos usuários na UBS. Na região o acesso à internet é dificultado, mas contamos com telefone fixo da operadora Oi por antena, que permite a comunicação com serviços de urgências como SAMU e outras gestões logísticas, o que facilita uma melhor coordenação. No entanto, não contamos com microcomputador e demais acessórios, e nem com impressora. Com relação ao abastecimento dos medicamentos do HIPERDIA, não tivemos problemas até o momento. No entanto, pode-se mencionar como experiência satisfatória, que apesar de não termos disponíveis os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, temos conhecimento de muitas plantas medicinais e de suas propriedades e, por isso recomendamos as mesmas para os usuários. A ESF possui um jardim com algumas plantas medicinais representativas para as

doenças mais comuns na comunidade e os profissionais também incentivam o cultivo dessas plantas pelos próprios usuários.

Nossa ESF atende um total de 5.128 habitantes aproximadamente, com 1.253 famílias cadastradas. Na área de abrangência da UBS Félix Pinto temos 2833 homens, 2295 mulheres, 102 crianças menores de um ano, 1691 mulheres em idade fértil e 279 idosos. Os usuários sempre procuram aos membros da equipe de saúde para resolver suas demandas, e os profissionais de nossa equipe sempre atendem e escutam os problemas deles. O acolhimento é realizado na recepção e todos os profissionais se envolvem com o mesmo com o objetivo de reduzir o número de usuários encaminhados para o atendimento médico, bem como, o tempo de espera dos mesmos. Se a procura for por consulta médica, o atendimento é realizado todos os dias da semana, em todos os horários, até às cinco horas da tarde. Mas se for algum caso de emergência ou urgência, os usuários também são atendidos pela equipe de plantão, formada por três técnicos de enfermagem, os quais trabalham doze horas por noite a cada dois dias. Desta forma, atendemos a demanda de todas as pessoas que chegam a nossa unidade básica de saúde. Nossa equipe de saúde possui fluxogramas de avaliação, classificação e atendimento para usuários, os quais estão disponibilizados nas paredes da UBS, mais especificamente, nos locais de acolhimento, emergência e consultórios, permitindo uma capacitação constante dos profissionais de saúde. Damos prioridade para aqueles usuários que apresentam vulnerabilidade social, como são as pessoas alcoólicas, portadores de transtornos mentais, ou acamados. Os profissionais da UBS atendem todas as demandas dos usuários com doenças agudas, pois nossa área de abrangência é extremamente extensa e os usuários viajam de lugares distantes como, por exemplo, de Baruana, município Caracaraí, ou de outras comunidades próximas à nossa área de abrangência para receber o atendimento na nossa UBS. É por isso, que existe um excesso da demanda para este tipo de problema de saúde. A solução para esta problemática é o atendimento imediato dos usuários que chegam na UBS, só que isso requer um esforço maior dos profissionais da equipe. Além disso, temos a obrigação de ajudá-los, além das normativas que preconiza a atenção básica.



Até o momento, 92 crianças (86%) menores de um ano foram cadastradas e estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde. Temos 82 crianças (89,13%) com consultas em dia de acordo com o Ministério da Saúde. Cerca de 10 crianças estão com a consulta atrasada (10.8%) porque ficaram fora da área de abrangência neste período ou porque as mães não puderam comparecer na UBS. Como estratégia para esta problemática, a equipe decidiu realizar visitas domiciliares para reduzir o número de crianças faltosas às consultas agendadas. Dentre as 92 crianças pertencentes a nossa área de abrangência, 89 crianças (96,7%) realizaram o teste do pezinho e a triagem auditiva. Apenas 3 (3.2%) não realizam os testes porque as mães pertencem às comunidades de assentamento indígenas, tiveram os seus filhos na própria comunidade e não foram até o hospital. Cabe destacar que apenas 75 crianças (81,5%) realizaram a primeira consulta nos primeiros 7 dias, e esse indicador se deve ao estágio prolongado na capital do estado e a mudança temporária de comunidade. Com relação às vacinas, apenas 7 crianças (7.6%) não estão com a vacinação em dia porque apresentaram doenças agudas na data especificada, mas a mesma já foi remarcada. O monitoramento do desenvolvimento da última consulta, saúde bucal, aleitamento materno e prevenção de acidente, foram oferecidos para todas as crianças cadastradas. Com relação à saúde da criança, os protocolos existentes na UBS, produzidos pelo Ministério de Saúde, permitem o desenvolvimento adequado das puericulturas bem como o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, como: prevenção de anemia, imunizações, promoção de aleitamento materno e promoção de hábitos alimentares saudáveis. O teste do pezinho é realizado em todas as crianças que nascem no hospital da criança, localizado na capital do estado (Boa Vista), junto ao teste do pezinho, também é realizada a triagem auditiva. As crianças que nascem fora do hospital, são encaminhadas para o hospital para realizarem estes testes e os pais recebem o acompanhamento dos profissionais da UBS. A classificação de risco é utilizada para identificar crianças que precisam ser encaminhadas para atendimento nas especialidades, internação hospitalar e atendimento em pronto-socorro. Os atendimentos das crianças são registrados no prontuário clínico e na caderneta da criança e todas saem da UBS com a próxima consulta agendada. Em cada consulta, conversamos com o responsável pela

criança sobre: importância de uma alimentação saudável, significado do posicionamento da criança na curva de peso, reconhecimento dos sinais de risco na curva de crescimento, importância do esquema vacinal em dia, desenvolvimento neuropsicomotor, importância de evitar acidentes no domicílio e cumprir com fidelidade as datas programadas de puericulturas. As atividades de grupo tem uma importância medular para a contribuição de um crescimento saudável da criança e, por isso, realizamos atividades de grupo, fundamentalmente no âmbito da ESF e nas escolas. Criamos até o momento sete grupos distribuídos em toda nossa área de abrangência, com uma participação de 68 (74%) mães ou responsáveis pelas crianças. Todos os profissionais de nossa UBS estão comprometidos com a participação nestas atividades.

Das 56 (73%) gestantes cadastradas na área, 45 (80,3%) participam das atividades de grupo, 52 (92,8%) estão com consultas em dia e todas receberam a suplementação de sulfato ferroso e as orientações sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, vacinas contra hepatite B, antitetânica e exame ginecológico por trimestre. Podemos mencionar que 32 gestantes (57,1%) tiveram o pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Com relação a atenção ao puerpério, cabe destacar que cadastramos 87 usuárias (81%). Ao longo desse período 4 (4,5%) puérperas se negaram a realizar o exame ginecológico porque eram descendentes de indígenas e praticantes de religiões que impedem o exame vaginal, segundo gestores municipais. Além disso, tivemos 2 intercorrências (2,2%), uma com sepses puerperal e outra com mastite complicada. Durante as consultas de pré-natal e puerpério é preenchido o prontuário individual, o cartão de SISPRENATAL e além da próxima consulta ser agendada, todas as orientações para uma gestação e para um puerpério saudável são transmitidas, como: hábitos alimentares saudáveis, exercícios recomendados, atualização do esquema vacinal, importância do aleitamento materno, importância de eliminar os hábitos tóxicos como alcoolismo, tabagismo e drogas, entre outras orientações de interesse. Apesar de não possuímos equipe de saúde bucal, sempre orientamos às gestantes e puérperas sobre o cuidado de sua saúde bucal, mediante as consultas e atividades de promoção de saúde. A equipe adotou como estratégia a coleta do sangue das gestantes mais carentes, para levar até o laboratório. Essa estratégia é fundamental para aquelas usuárias de risco e de maior

vulnerabilidade social. Todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal, exigem o cartão específico. A equipe sempre recomenda às gestantes, que elas sejam avaliadas até os sete dias após o parto, mas de forma geral esse período de tempo é ultrapassado.

Referente aos programas de câncer de colo de útero e de mama, podemos dizer antigamente, os exames cito diagnósticos eram realizados um dia na semana e centralizados na UBS polo, mas no final de 2013, a equipe adotou como estratégia levar às vilas ou vizinhas todo o material necessário para realização de exames citopatológicos. Essa estratégia permitiu elevar a cobertura do exame citopatológico e aumentar a vigilância das usuárias com risco de câncer de colo de útero. Nossa área de abrangência possui 635 (58%) mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas. O sub-registro observado na ESF Félix Pinto está relacionado com a centralização do programa no estado, ou seja, como as mulheres dependem do laboratório existente na capital para realização dos exames, ao invés de realizar a coleta do citopatológico na UBS, elas buscavam o atendimento médico e ginecológico diretamente na capital. Dentre as mulheres cadastradas, 456 (72%) tem o exame citopatológico de câncer de colo de útero em dia. Com atraso no exame citopatológico em mais de 6 meses, temos 105 (17%) usuárias. Destas, 9 usuárias tiveram o exame alterado. Todas as mulheres com exames alterados foram acompanhadas pelo estado durante o tratamento e só uma precisou ser operada por ter apresentado carcinoma in situ. Nossa equipe criou um grupo de mulheres para oferecer orientações acerca da prevenção do câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis. Nos horários de atendimento, tanto as mulheres que chegam espontaneamente, como aquelas que estavam com a consulta agendada, são atendidas e tem seu exame coletado pelo médico ou pela enfermeira. A equipe de saúde conta com um livro de registro, onde guarda os resultados dos exames citopatológicos coletados. Outro programa considerado de vital importância para a população feminina é o programa de câncer de mama. Temos 118 mulheres (49%) entre 50 e 69 anos cadastradas e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. O rastreamento do câncer de mama ocorre todos os dias da semana com inclusão das indicações de mamografias. As maiores dificuldades encontradas estão sendo resolvidas através da organização do processo de trabalho e do

seguimento das mulheres na área de abrangência. Nesse sentido, temos 43 (36%) mulheres cadastradas com a mamografia em dia e 18 (15%) mulheres com mamografias atrasadas. Desta forma podemos avaliar que na nossa área o controle deste programa está deficiente, e diante desta dificuldade, adotamos como estratégia, criar um livro de registro e nos alimentar do sistema do estado, porque essa é a única maneira de ficar sabendo acerca da quantidade de mulheres da área que foram ou vão realizar as mamografias na capital, sejam da rede pública, ou privada. Atualmente, nossa equipe acompanha 4 (3%) mulheres com mamografias alteradas. Na realidade, o programa de câncer de mama é o mais deficiente que temos na ESF, mas estamos criando estratégias para resgatar o controle e qualificar a ação programática, uma dessas estratégias foi realizar o exame físico da mama na hora em que a usuária for realizar o exame preventivo.

A nossa área de abrangência conta com 233 (26%) usuários cadastrados com hipertensão arterial sistêmica. Destes usuários 89 (38%) estavam com a consulta atrasada em mais de sete dias, mas todos receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável e para a prática regular de atividade física. No que tange a avaliação de saúde bucal, essa se restringe 152 usuários com hipertensão (65%). Com relação aos usuários com diabetes mellitus temos 82 (31%) usuários cadastrados. Destes, 29 usuários (35%) estavam com as consultas agendadas atrasadas, 54 (66%) estavam com exames em dia e todos realizarão estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. A equipe tem como tarefa essencial examinar os pés de todos os diabéticos, palpar os pulsos tibial e pedioso, assim como, medir a sensibilidade deles. Cabe salientar que temos 25 (10,7%) usuários que apresentam as duas doenças. Trabalhamos fortemente com os usuários com hipertensão e/ou diabetes, fundamentalmente no controle e prevenção dos hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, prática regular de atividade física, consumo excessivo de álcool e o tabagismo. São realizadas consultas todos os dias da semana em todos os turnos. Cabe destacar que embora a equipe tente resolver todos os problemas dos usuários na UBS, quando se faz necessário referenciar ou encaminhar os usuários para outros serviços de saúde os protocolos específicos para cada situação são utilizados. Os protocolos de atendimento de adultos com hipertensão

arterial sistêmica e diabetes mellitus do Ministério da Saúde do ano 2011, são utilizados pelo médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e os ACS com o objetivo de cumprir as ações e medidas para o correto controle destas doenças. Desenvolvemos ações para o cuidado dos adultos portadores de hipertensão e diabetes, tais como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral bem como sedentarismo e tabagismo. Os atendimentos dos usuários portadores de hipertensão e diabetes são registrados no prontuário clínico e, após, são arquivados para facilitar o trabalho da equipe no momento da revisão dos prontuários. Na nossa UBS existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde.

Além de todas as atividades realizadas, a nossa equipe de ESF também presta especial atenção à população idosa. Até o momento temos 187 usuários idosos (67%) cadastrados e acompanhados pela equipe de saúde. As consultas programadas são informadas pela equipe à pessoa idosa e também ao familiar que acompanha. São realizadas várias ações com este grupo de usuários tais como: imunizações, promoção de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal e mental. Com relação ao diagnóstico e tratamento das doenças na pessoa idosa, são realizadas as seguintes atividades: detecção de problemas clínicos em geral assim como seu tratamento, diagnóstico e tratamento do tabagismo, sedentarismo e obesidade. Para os usuários com diagnóstico de alcoolismo, oferecemos seguimento mediante visitas domiciliares semanais. Uma das atividades mais importantes da avaliação integral da pessoa idosa é a Capacidade Funcional Global. Vale reconhecer que ainda temos deficiências neste aspecto, pois este tipo de avaliação não é realizado com frequência nos atendimentos destes usuários. Apesar dessas dificuldades, quando são realizadas estas avaliações pelos profissionais de saúde da equipe, explicamos ao idoso ou a seus familiares, como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão. Também temos dificuldades com o fornecimento de cadernetas dos idosos, mas os gestores municipais tem conhecimento da situação e coordenaram com a secretaria estadual o fornecimento das cadernetas. Na área de abrangência temos apenas 105 idosos que possuem caderneta de saúde (56%). Na ESF não temos estatutos do idoso, nem nenhum

programa de atenção para estes usuários, mas os mesmos tem prioridade no atendimento. Mantemos um contato quinzenal com a Secretaria de Saúde do estado (SESAU) para atualizarmos os programas nas áreas o que tem sido muito proveitoso, pois os profissionais informam e providenciam materiais de apoio para a equipe de nossa UBS. Dentre as atividades de grupos da nossa ESF, o grupo de idosos também foi criado. O mesmo conta com 108 (58%) idosos cadastrados. Também realizamos visitas domiciliares, e se algum idoso precisar de cuidador e não tiver um familiar responsável, entramos em contato com assistência social no município. Atualmente 17 (9%) idosos necessitam de cuidado domiciliar. A realização de Avaliação Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular são realizados em 100% dos usuários idosos cadastrados. Com relação as doenças crônicas neste grupo de usuários temos 75 (40%) idosos com hipertensão arterial sistêmica e 11 (6%) idosos diabéticos, nos quais se avalia com maior frequência o risco, pois constituem um subgrupo de maior risco dentro do grupo dos idosos. Vale destacar que a participação destes usuários com hipertensão e/ou diabetes nos grupos de atividades é maior, pois participam em todos os grupos de risco realizados na UBS.

Com relação ao serviço odontológico prestado no município, destacamos que o mesmo atende a demanda espontânea, urgências e oferece algumas vagas previamente coordenadas com o cirurgião dentista para alguns dos usuários de grupos priorizados, como idosos, crianças, gestantes e pacientes diabéticos. Esta situação impossibilita o correto seguimento dos usuários. Apesar de não termos equipe de saúde bucal, realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde bucal explicando à população sobre, a importância de uma boa higiene bucal, das consultas com o médico no caso de aparecer alguma lesão nas mucosas, entre outras questões de vital importância, sobretudo nas pessoas fumantes e bebedores habituais.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Realizando uma comparação entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, podemos dizer que de forma geral a equipe adquiriu conhecimento e maturidade no que se refere ao trabalho planejado e organizado por todos os membros da UBS. Observamos que no início do curso, a equipe não contava com uma organização da documentação que é extremamente necessária para facilitar o controle dos usuários da área de abrangência.

No que se refere à comparação dos textos poderíamos dizer que o texto inicial cita as estruturas da UBS de forma geral, mas não os problemas apresentados em cada uma delas, o qual é de suma importância, já que possibilita a equipe realizar reuniões para resolver essas dificuldades. No texto de ambientação não havia citado a cobertura das ações programáticas, o qual é muito importante, pois a equipe conhece os problemas apresentados especificamente, podendo planejar ações dirigidas para aumentar a cobertura ao atendimento dos usuários pertencentes a cada ação programática. No relatório da análise situacional, fez-se um detalhamento das ações, detectando em que ação programática deve-se enfatizar para melhorar estes indicadores. Outra diferença encontrada, é que no texto inicial se menciona meramente os serviços prestados no município, como laboratório clínico e odontológico, mas não especificamos os problemas existentes na área para que os usuários realizassem os exames complementares e consultas odontológicas. Já no relatório explicam-se os problemas existentes para o deslocamento dos usuários, as ações que a equipe realiza para resolver o problema daqueles usuários mais carentes e isso é de grande importância, já que a equipe e a comunidade podem participar em conjunto com os gestores para buscar possíveis soluções ao problema detectado. Vale destacar que no primeiro texto não foi mencionado a forma de agendamento aos usuários e os problemas enfrentados com a população na hora do atendimento, isso foi mencionado no relatório de Análise Situacional, tendo uma grande importância conhecer o excesso de demanda e as possíveis estratégias a serem adotadas pela equipe na solução deste problema, que na realidade

comprometia a qualidade das consultas. De forma geral, podemos destacar a importância do detalhamento dos problemas existentes na UBS e na área de abrangência que foi realizado no relatório e não no texto inicial. Assim, pode-se ter uma visão panorâmica de quais ações e atividades podem ser planejadas para melhorar o serviço e focar a atenção nas ações programáticas menos desenvolvidas.

Em suma, destacamos que com os materiais disponibilizados pelo curso de especialização da UFPEL, a equipe avançou no que se refere ao desenvolvimento das suas atribuições, sendo de prática contínua, o trabalho realizado por cada um dos profissionais e integrando as práticas coletivas com a comunidade. Nossa equipe continuará trabalhando para melhorar cada dia os serviços e sem descansar, melhoraremos cada dia, nossa condição de humanidade.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, chegando a mais de 50% em indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (REGO, 1990; MARTINS, 1997; BRASIL, 2013). As doenças cerebrovasculares causadas pela HAS têm sido a principal causa de morte no Brasil. O DM, por sua vez, vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e, atualmente, está associado à dislipidemia, a HAS e à disfunção endotelial. Cabe destacar ainda, que o DM e a HAS são consideradas condições sensíveis à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Além disso, as mesmas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas doenças crônicas podem causar limitações físicas e mentais se não forem tratadas com responsabilidade pelos profissionais e familiares (BRASIL, 2013).

A UBS Félix Pinto concentra a maior quantidade da população rural e possui uma extensão de 325 km<sup>2</sup>. Nessa UBS, a equipe está composta por 15 ACS, um auxiliar de farmácia, um auxiliar de limpeza, um diretor administrativo,

uma enfermeira, um médico e quatro técnicos em enfermagem. As UBS de apoio são: Vila União, Vila Aguiar, Vila São José, Vila Caxias, Vila Santa Lucia, Vila Jatobá, PA União, Vizinal10, Vila Jerusalém e Pau Brasil. A estrutura da UBS Felix Pinto é composta por sala de vacinação, recepção, consultório médico, laboratório, sala de enfermagem, farmácia e cozinha. Devido à distância dos serviços médicos de atenção secundária, a prefeitura doou uma ambulância para transportar os usuários que estão precisando de atendimento na capital. A população da área de abrangência é de 5.128 habitantes.

Até o momento 233 (26%) usuários com hipertensão e 82 (31%) usuários com diabetes foram cadastrados na UBS. Dentre os usuários cadastrados, 89 (38%) usuários com hipertensão e 29 (35%) usuários com diabetes estão com atraso na consulta agendada. Isto constitui um dos problemas a ser resolvido, pois a falta de um meio de transporte disponível na UBS afeta diretamente os indicadores de cobertura e de qualidade, pois dificulta a busca ativa, o acompanhamento contínuo, as visitas domiciliares, a realização dos exames complementares na sede do município e outras avaliações necessárias para garantir a integralidade da atenção. Como a maioria dos exames laboratoriais é realizada na capital do Estado, as ações referentes à avaliação do risco cardiovascular dos usuários com hipertensão e/ou diabetes são prejudicadas. A equipe criou arquivos para melhorar a organização do serviço, mas ainda não criou o grupo de monitoramento e avaliação. As atividades de promoção e prevenção que são desenvolvidas no âmbito da UBS são: palestras, atividades de participação coletiva como alimentação saudável, promoção de atividade física entre outras que tem incentivado uma maior participação destes grupos.

A escolha do foco de intervenção teve a participação de toda a equipe de saúde. A mesma concluiu que para alcançar os objetivos propostos, os ACS serão muito importantes. As principais dificuldades que deverão ser enfrentadas são de caráter logístico, pois nesse momento não contamos com nenhum meio de transporte para a realização das consultas nas vilas e a distância constitui uma limitação para o correto desenvolvimento do trabalho. No entanto, a equipe está muito motivada para alcançar os objetivos propostos e vem pressionando os gestores municipais para solucionar os problemas encontrados. Com a realização

deste trabalho, a equipe pretende aumentar a qualidade da atenção oferecida à população alvo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Félix Pinto, Canta, RR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes da área.

Meta 1.1: Cadastrar 46% dos usuários com hipertensão arterial da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde durante quatro meses. No primeiro mês cadastraremos 11,4%, no segundo mês 22,8%, no terceiro mês 34,2%, no quarto mês 46% e no décimo mês 100%.

Meta 1.2: Cadastrar 51% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde durante quatro meses. No primeiro mês cadastraremos 12,6%, no segundo mês 25,2%, no terceiro mês 36,8%, no quarto mês 51% e no décimo mês 100%.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão arterial.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Objetivo 3– Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao Programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5– Mapear os usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes para avaliação de risco cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6– Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Felix Pinto, no Município de Cantá/RR. Participarão da intervenção 912 usuários com hipertensão e 261 usuários com diabetes com 20 anos ou mais.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

### 2.3.1.1 Monitoramento e Avaliação:

Para monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a equipe de saúde criará um grupo de monitoramento e avaliação que se reunirá mensalmente para revisar o trabalho realizado no período estabelecido. O número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde será monitorado através das fichas-espelho disponibilizadas pela UFPEL, dos prontuários clínicos existentes nos arquivos específicos e também da revisão do livro de registro que será criado na unidade. O referido livro servirá para registrar as seguintes informações: número de usuários com hipertensão e/ou diabetes existentes na unidade com a medicação prescrita, data da última consulta e agendamento para próxima consulta, realização da estratificação do risco cardiovascular segundo score de Framingham. Os casos novos que forem diagnosticados durante a intervenção também serão incluídos no livro. Esta avaliação será realizada pelo médico, enfermeira e diretora da UBS.

Cada agente comunitário de saúde possuirá um caderno onde registrará os casos cadastrados já existentes na área e os casos novos suspeitos de diabetes e hipertensão segundo protocolos. O caderno utilizado para o controle dos ACS será monitorado pelo médico, pela enfermeira e pela técnica de enfermagem. Nesse sentido, vale destacar, que o cadastramento dos usuários será realizado fundamentalmente pelos ACS que serão os responsáveis por esta atividade. Para cadastrar os usuários que moram em micro áreas que não possuem ACS, outros ACS se deslocarão até esses locais para atingir os usuários do estudo. Para atingir a meta de cobertura será necessário cadastrar 47 usuários com hipertensão e 12 usuários com diabetes mensalmente.

Além dos indicadores de cobertura, a equipe de monitoramento e avaliação ficará responsável pela análise dos indicadores de qualidade. Para monitorar a realização de exame clínico apropriado pelos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o médico e a enfermeira registrarão a consulta no prontuário clínico individual e realizarão anotações gerais nas fichas espelhos disponibilizadas pela UFPEL. O médico, a enfermeira e a diretora da UBS realizarão a revisão dos arquivos específicos que contém os prontuários clínicos individuais, as fichas espelho e o livro de registro. Essa ação será desenvolvida a cada 15 dias e terá duração de 3 horas.

Para monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada, o médico e a enfermeira revisarão a cada quinze dias, o livro de registros específicos, os prontuários individuais e as fichas espelho. No que tange aos exames laboratoriais, a equipe conversou com a responsável pelo laboratório municipal e pactuou três coletas diárias para os usuários da área de abrangência da UBS Félix Pinto. No livro de registro, existirá um espaço para marcar se o exame foi ou não realizado. Mas para garantir que todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes realizem os exames laboratoriais solicitados, os ACS visitarão os usuários com exames agendados e a diretora do posto ligará toda a sexta-feira, para pedir para o laboratório municipal a relação dos nomes dos usuários que realizaram ou não os exames. No caso do usuário não realizar os exames agendados, o mesmo será remarcado para outra data. Este monitoramento será realizado pelo médico, pela enfermeira e pela diretora do posto.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os prontuários e o livro de registro específico serão revisados durante a reunião de monitoramento e avaliação. Nesse registro constam os usuários com hipertensão e/ou diabetes que estão cadastrados no Programa, os medicamentos que eles recebem da Farmácia Popular, além do medicamento de HIPERDIA, que é fornecido pela gestão municipal. Os principais medicamentos utilizados pelos usuários com hipertensão são: hidroclorotiazida (25 mg), captopril (25 mg), enalapril (5 mg e de 10 mg), losartan (50 mg), propranolol (40 mg), atenolol (25 mg e de 50 mg), anlodipina (5 mg e de 10 mg). E os principais medicamentos

utilizados pelos usuários diabéticos são: metformina (500 mg e de 850 mg), glibenclamida (5 mg), insulina regular e insulina NPH. Se os usuários com hipertensão e/ou diabetes não tomarem nenhum destes medicamentos oferecidos pelo programa HIPERDIA ou se os mesmos não estiverem disponíveis na UBS, existirá a possibilidade dos mesmos se cadastrarem nas Farmácias Populares da capital e receber os medicamentos de graça.

O monitoramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico será realizado mensalmente através da revisão dos prontuários clínicos individuais e do livro de registro específico, onde constarão as necessidades de atendimento odontológico. Os responsáveis por essa atividade serão o médico, a enfermeira e a diretora do posto médico. Vale destacar que o município conta apenas com um cirurgião dentista que trabalha na UBS sede, por isso a equipe tem tentado pactuar com ele uma ou duas consultas semanais para os usuários da área de abrangência da UBS Félix Pinto, pois contamos com consultório odontológico na UBS, mas não possuímos recurso humano.

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será realizado mensalmente nas reuniões do grupo de monitoramento e avaliação. E para monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes existentes o médico, a enfermeira e a diretora do posto realizarão uma revisão semanal destes arquivos.

O monitoramento do número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será desenvolvido mensalmente pelo médico e enfermeiro. Um livro de registro será adotado como sistema de alerta e nele constará uma marcação em vermelho no nome do usuário que não realizou a verificação da estratificação de risco. O mesmo será revisado com o objetivo de estabelecer as prioridades de atendimentos para os usuários com hipertensão e/ou diabetes e para determinar o dia do agendamento da próxima consulta em caso de prioridade.

Para monitorar a transmissão de orientações nutricionais e de orientações referentes à prática de atividade física aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a equipe analisará todas as atividades de prevenção e promoção de saúde desenvolvidas na área de abrangência. O referido monitoramento será



realizado duas vezes por mês pela diretora do posto, enfermeira e médico e também durante as reuniões mensais com o grupo de monitoramento e avaliação. E para monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, um dos integrantes do grupo de monitoramento e avaliação da UBS visitará o centro de referência da capital do estado para controlar e ter um registro fiel dos usuários que estão realizando tratamento para tabagismo. Estas informações serão transmitidas no decorrer das reuniões mensais da equipe. Já o monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será desenvolvido durante as reuniões da equipe, onde se revisarão os prontuários para fiscalizar se as orientações foram transmitidas adequadamente. A equipe de monitoramento participará das orientações.

#### 2.3.1.2 Organização e Gestão dos serviços:

Para garantir que os usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus tenham seus atendimentos registrados, a equipe manterá os registros que já existem na UBS para esse público alvo e utilizará a ficha-espelho disponibilizada pela UFPel para coletar os dados necessários para a análise dos indicadores. Além disso, um livro de registro será criado pela equipe de saúde. Os casos novos que forem diagnosticados com HAS e/ou DM ao longo da intervenção serão incluídos no livro. Esta avaliação será realizada pelo médico, pela enfermeira e pela diretora da UBS. Os agentes comunitários de saúde possuirão um caderno onde registrarão os casos cadastrados já existentes na área de abrangência e os casos novos suspeitos de HAS e/ou DM segundo protocolos. Vale destacar que o cadastramento dos usuários será realizado fundamentalmente pelos ACS que são os responsáveis por esta atividade. As micro áreas descobertas por ACS receberão a visita de outros ACS responsáveis por alguma micro-área da UBS Félix Pinto.

O acolhimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será realizado em todos os turnos de atendimento da UBS e em todos os dias da semana. O mesmo será realizado pela técnica de enfermagem (diretora do posto), pelos dois agentes comunitários de saúde, pelo médico e pela enfermeira. Se, por ventura, existir excesso de demanda, o médico e a enfermeira se incorporarão a suas atividades depois que o acolhimento e a triagem dos usuários forem realizados.

Com o objetivo de garantir o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste, a diretora da UBS solicitará por escrito que os gestores municipais providenciem aparelhos novos e fitas descartáveis para garantir a confiabilidade das aferições. Cabe destacar, que nem na UBS e nem no município existem profissionais capacitados para realizar a calibragem dos aparelhos. Para a realização do exame de glicose, os técnicos de enfermagem receberão uma capacitação que será dada pelo médico e pela enfermeira.

No que tange as atribuições dos profissionais da equipe, cabe destacar que no final do expediente da primeira semana da intervenção será realizada uma reunião para definir as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico de usuários com hipertensão e/ou diabetes e para estabelecer a periodicidade das capacitações ao longo da intervenção. De modo geral, os membros da equipe serão capacitados para trabalhar em equipe e priorizar o cuidado das famílias nas comunidades.

Os exames complementares serão solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo do Ministério de Saúde. Para isso, serão negociadas com os responsáveis pelo laboratório datas específicas para que os usuários que participam da intervenção possam realizar os exames prescritos. Com relação aos demais exames que precisam ser realizados na capital do Estado, os profissionais que trabalham na secretaria municipal de saúde realizarão a marcação como ocorre tradicionalmente. Se os usuários não tiverem condições de se deslocarem até o laboratório, a equipe vai garantir a coleta do material e o transporte do mesmo até o laboratório.

Para realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos do HIPERDIA fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a prefeitura providenciará um armário que será usado especificamente para esse fim. Se

baseando na quantidade e na data de validade dos medicamentos, a diretora da unidade realizará o pedido e organizará e classificará os medicamentos por doenças e usuários. Além disso, um registro específico com o tipo de medicamento usado por cada usuário e a quantidade necessária, será desenvolvido pelo médico, enfermeira e diretora da unidade.

Para organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o médico e a enfermeira, durante os atendimentos, realizarão uma avaliação da saúde bucal dos usuários e ressaltarão nos prontuários clínicos individuais e no livro de registro específico a necessidade de atendimento odontológico. Ademais, os profissionais conversarão com o cirurgião dentista do município para que seja dada prioridade aos casos mais graves. O gestor também será envolvido nessa tarefa com o objetivo de garantir que todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes realizem a primeira consulta odontológica.

As visitas domiciliares para realizar a busca ativa dos usuários faltosos, serão realizadas três vezes por semana pelo médico e pela enfermeira. Os ACS também acompanharão as visitas e darão apoio no caso de existir excesso de demanda. Já a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares será organizada de forma que todos sejam atendidos, mesmo que exista excesso de demanda espontânea.

Quando se tratar da primeira consulta do usuário, os profissionais realizarão o correto exame físico sendo realizado em conjunto pelo médico e pela enfermeira. O técnico de enfermagem realizará inicialmente o acolhimento em conjunto com os ACS e depois realizará a triagem segundo protocolos.

Foram desenvolvidos 3 arquivos específicos para o desenvolvimento do trabalho, um para os prontuários dos usuários com hipertensão, um para os prontuários dos usuários com diabetes e um arquivo que guarda os prontuários dos usuários que apresentam as duas doenças. A equipe decidiu recolher os prontuários destes usuários nos postos médicos pertencentes a nossa área de abrangência e unificar todos eles na UBS Félix Pinto para que seja mais fácil o seu manuseio. Nos dias específicos para visitas a estas UBS, a equipe levará os prontuários pertencentes a estes lugares. Para facilitar a organização da equipe, ficou decidido que os prontuários ficassem no mesmo arquivo e que seriam

organizados por ordem alfabética. Cabe destacar, que nos prontuários e no livro específico são marcados em vermelho os nomes dos usuários que apresentam exames complementares positivos, atraso na realização dos exames, atrasos nas consultas e avaliações do risco cardiovascular.

Está definido com toda a equipe que além dos atendimentos normais, serão destinadas 3 vagas por dia para os usuários classificados como alto risco. Se por ventura, os três atendimentos forem realizados e existir a necessidade de mais vagas para avaliar estes usuários, o atendimento será agendado para essa mesma semana.

Com o objetivo de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física serão realizadas capacitações e reuniões mensais com a equipe de saúde. Alguns integrantes da equipe vão participar desta atividade como o médico e a enfermeira, por exemplo. Além disso, será solicitado ao gestor que estabeleça parcerias institucionais para envolver nutricionistas do Centro de Nutrição Estadual e educadores físicos das escolas da vila sede (Félix Pinto) e vila União nessas atividades. No livro de registros de atividades da UBS serão registradas as atividades realizadas sob orientação de alimentação saudável e prática regular de atividade física. Serão incluídas informações como: hora, lugar e responsáveis, assim como, número de participantes por doenças.

No livro de atividades de promoção e prevenção da UBS e nos prontuários clínicos individuais, se preencherá o nome dos usuários encaminhados para o Centro de Referência ao tratamento de tabagista localizado na capital do estado. Para este último será solicitado o tratamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas cadastrados na UBS e, com os gestores deste centro em questão se discutirão os casos mais preocupantes para a possível reabilitação.

Ao longo da semana, durante os atendimentos, será respeitado o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre a importância da higiene bucal. Mesmo que exista excesso de demanda espontânea, o médico e a enfermeira respeitarão o tempo estabelecido com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

### 2.3.1.3 Engajamento Público:

Com o objetivo de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes serão organizadas e desenvolvidas reuniões com líderes da comunidade e com a própria comunidade. Essas reuniões serão realizadas no âmbito da UBS e divulgadas mediante sistema de aviso como: placas e cartazes confeccionados pelos próprios profissionais de saúde e colados na UBS e em diferentes lugares públicos que sejam de fácil acesso para a comunidade, como igrejas e associações de bairro. Essas informações também serão divulgadas nos domicílios dos usuários e através do carro do som do município. Nesse processo, serão divulgadas informações relacionadas à população alvo do Programa, importância dos cuidados às pessoas com hipertensão arterial e diabetes assim como os fatores de riscos para a aparição destas doenças. No início da intervenção, todas as informações serão repassadas para a comunidade diariamente e depois esse contato será mantido mensalmente.

Essa mesma metodologia será utilizada para orientar os usuários e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre a necessidade de realização de exames complementares e sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

A orientação dos usuários e da comunidade sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso bem como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal também serão oferecidas de forma individual (durante o atendimento oferecido na UBS e nas visitas domiciliares) e coletiva.

Para melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa, a equipe informará a comunidade sobre a importância de realizar as consultas conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ouvirá a comunidade sobre as estratégias que podem ser desenvolvidas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (se houver número excessivo de faltosos) e dará esclarecimentos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Na UBS existem várias atividades programadas para alguns dos grupos prioritários, entre eles, dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Nesse grupos os profissionais da equipe mediante interações, dinâmica de grupo e participação coletiva explicarão a importância dos cuidados que os usuários devem com a doença específica e com as complicações da mesma.

Como meta a curto e médio prazo deve-se fortalecer a formação e articulação dos sujeitos das práticas populares de saúde, dos educadores populares e dos profissionais, no sentido de mobilizar a população na construção de uma política nacional de educação popular.

Nessas reuniões, a equipe também orientará os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre o seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, sobre a alimentação saudável e prática regular de atividade física. O médico e a enfermeira estarão à frente desta atividade e os ACS ficarão responsáveis pelo sistema de aviso, conforme mencionado anteriormente. Além disso, os ACS ficarão responsáveis por conversar com os colonos da área de abrangência para saber se existe a possibilidade dos mesmos disponibilizarem, durante os encontros, frutas de suas plantações (melancias, melão, mamão, entre outros) para estimular nos usuários as práticas de alimentação saudável. Como existe a possibilidade dos colonos não aceitarem a proposta, o médico e a enfermeira já conversaram com os gestores municipais e entregaram um orçamento com o valor das frutas. No que tange especificamente a prática de atividade física, a equipe também já entregou um orçamento para o gestor municipal referente ao valor e aos materiais que serão necessários para a construção de um espaço atrás da UBS para a realização das atividades físicas.

Este espaço melhorará as condições existentes e estimulará a prática de atividade física nos usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim como, em toda a comunidade.

Nas reuniões mensais com a comunidade, a equipe também orientará os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de um centro de referência na capital para abandonar o tabaco. Para tanto, serão oferecidas informações sobre os problemas decorrentes do tabaco e também serão desenvolvidas atividades em grupo onde se estimulará que os usuários contem as suas experiências com o cigarro.

Para orientar os usuários com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal serão desenvolvidas atividades de grupo, visitas domiciliares e atendimentos individuais.

Com relação à interação com a comunidade, cabe destacar que os usuários serão engajados como máximos protagonistas do trabalho mediante informações oferecidas pela equipe através de diferentes meios: reuniões com conselho de vizinhos, associações, placas colocadas na UBS e em lugares de maior circulação de pessoas como mercados, escolas e postos de saúde. Sendo assim, serão envolvidos todos os espaços públicos para que a comunidade e, principalmente, os usuários com hipertensão e/ou diabetes, tomem conhecimento sobre o trabalho que será desenvolvido e participe ativamente do processo.

#### 2.3.1.4 Qualificação da Prática Clínica:

A primeira atividade que será desenvolvida na UBS é a capacitação de toda a equipe. O primeiro encontro de qualificação da prática clínica será realizado uma semana antes da intervenção e o segundo encontro será realizado na primeira semana da intervenção. Após esses dois encontros de qualificação da prática clínica com a equipe, as atividades passarão a ser realizadas mensalmente. Para estimular a participação de todos os membros da equipe nas capacitações, os temas serão distribuídos entre os integrantes da equipe de forma que cada membro da equipe se responsabilize por estudar um tema

específico para transmitir o conhecimento adquirido para o colega. Durante a discussão dos temas será estimulado o dialogo por meio de exemplos, assim como, através da troca de saberes e experiências dos membros da equipe. É fundamental para a intervenção que será realizada a escuta de todos os profissionais da equipe.

As especificações das atribuições dos ACS, entre elas, a orientação quanto à realização e periodicidade das consultas recebem destaque, pois estes profissionais serão fundamentais para o cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes nas micro áreas que eles atendem. Para a capacitação dos ACS, a equipe realizará um treinamento na primeira semana da intervenção e disponibilizará os manuais e protocolos impressos. A capacitação vai ocorrer uma hora depois dos atendimentos na UBS e nas reuniões mensais que serão realizadas como esse tema especificamente.

A capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares e para a realização de exame clínico apropriado serão realizadas na primeira semana de intervenção, uma hora depois do expediente. Além disso, faremos treinamento prático nas capacitações e durante as reuniões mensais, onde previamente serão disponibilizados os protocolos e os cadernos existentes na unidade.

A capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde quando for solicitar exames complementares, para realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, para orientar os usuários sobre as alternativas de obtenção do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com hipertensão e/ou diabetes também serão realizadas uma hora depois do expediente, assim como, nas reuniões mensais. Para tanto, os protocolos e os cadernos existentes na unidade serão disponibilizados previamente.

Na primeira semana da intervenção e ao longo de dois sábados por mês, a equipe também será capacitada para preencher todos os registros necessários ao



acompanhamento do usuários com hipertensão e/ou diabetes, para registrar adequadamente os procedimentos clínicos em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e para desenvolver estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Além disso, a equipe solicitará ao gestor municipal que, pelo menos, no início da intervenção a secretaria de saúde ofereça ao médico e a enfermeira uma capacitação sobre práticas de alimentação saudável, prática regular de atividade física e sobre metodologias de educação em saúde. O médico e a enfermeira participarão da capacitação para qualificar a prática clínica e transmitir os conhecimentos adquiridos para o restante da equipe. No que tange a capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas, será demandado ao gestor municipal a realização de parcerias com o Centro de Atenção Estadual do Tabagista para atendimento dos usuários e capacitação da equipe. Já a capacitação da equipe para oferecimento de orientações de higiene bucal contará com a participação de um cirurgião dentista do município. O objetivo é de que o cirurgião dentista desenvolva atividades de capacitação da equipe pelo menos uma vez por mês e ofereça orientações de higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da comunidade.

As capacitações da equipe terão como principais responsáveis o médico e a enfermeira e seguirão tanto as normativas dos protocolos oferecidos pelo curso, como as normativas dos protocolos que já existiam na UBS. Como será necessária a versão atualizada do protocolo, a equipe contatará com os gestores municipais para realizar a impressão dos mesmos. A secretaria municipal de saúde já autorizou a impressão.

De forma geral, todos os objetivos e metas do projeto de intervenção foram discutidos e definidos com todos os membros da equipe. A equipe também se propôs a monitorar cada uma das atividades propostas bem como criar um espaço mensal para analisar a qualidade e o cumprimento das ações. Além disso, um grupo de monitoramento e avaliação, composto pelo médico, enfermeira, responsável pelos agentes comunitários de saúde e um técnico de enfermagem que neste caso é a diretora da UBS também foi criado. Toda a equipe será

capacitada nos próximos dias em cada um dos temas que envolve o trabalho de intervenção para qualificar o processo de trabalho.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área.

Meta 1.1: Cadastrar 46% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 51% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3– Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao Programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5– Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes para avaliação de risco cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6– Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.



Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

A equipe de saúde da UBS Félix Pinto desenvolverá estratégias para colocar em prática a intervenção e para alcançar os objetivos voltados à ampliação do acesso e da qualidade da atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes. Para desenvolver as ações de monitoramento e avaliação a equipe utilizará o material disponibilizado pelo curso, que são Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013) e a ficha-espelho. Como a ficha de acompanhamento individual utilizada pela UBS não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação do risco cardiovascular e sobre a avaliação dos pulsos periféricos e avaliação nutricional, o médico e a enfermeira utilizarão a ficha-espelho disponibilizada pela UFPel.

Com a intervenção, a equipe estima cadastrar mais 192 usuários com hipertensão e mais 52 usuários com diabetes. Para alcançar esse objetivo, a equipe vai entrar em contato com os gestores municipais para garantir a impressão das 192 fichas complementares para usuários com hipertensão e 52 fichas complementares para usuários com diabetes. As mesmas serão anexadas às fichas de atendimento individual para cada caso. Ademais, foi solicitada a impressão de cinco protocolos atualizados para o cuidado da pessoa com doença crônica (caderno 37 no caso de hipertensão arterial sistêmica e caderno 36 para

diabetes mellitus). Os mesmos serão disponibilizados na UBS Félix Pinto e demais unidade de apoio.

Para o acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada a planilha de coleta de dados manual, pois na UBS não temos possibilidades de preenchê-la de forma eletrônica. O médico ficará responsável de repassar os dados da planilha manual para a planilha eletrônica todas as quintas-feiras depois do expediente.

Para monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a equipe está organizando três arquivos e livros de registros que já foram comprados pela secretaria municipal e que servirão como sistema de alerta. Em um arquivo terão as informações dos usuários portadores de HAS, no outro as informações dos usuários portadores de DM e no outro, as informações dos usuários que apresentem as duas doenças. Isto facilitará em parte a classificação do risco cardiovascular. Também serão criados dois livros que acompanharão a intervenção e melhorarão as informações e o controle dos profissionais como: consultas agendadas, exames complementares a serem realizados, faltosos à consulta, tabagismo, alcoolismo, entre outras informações. Os livros e os arquivos serão revisados pelo médico, pela enfermeira e pela diretora da UBS uma vez por mês ao longo de três horas.

Para desenvolver ações referentes à organização e gestão do serviço, a equipe criará 3 arquivos para armazenar os registros específicos dos usuários hipertensos e diabéticos. Os arquivos serão separados por doença específica e por vilas e vicinais para facilitar o acesso dos ACS no caso de necessidade de localização do usuário. Cada arquivo possuirá um livro, o qual oferecerá informações sobre: grupos de usuários com consultas agendadas, faltosos a consultas, exames complementares pendentes, grupos de maior risco a complicações. Nas diferentes vilas que compõem nossa área de abrangência existem os arquivos com os prontuários de cada usuário e a vila correspondente. O médico, a enfermeira e a diretora da UBS organizarão todos esses prontuários na UBS sede (Félix Pinto) com o objetivo de facilitar e melhorar o acesso às informações para a análise dos indicadores. Além disso, será disponibilizado um livro para monitorar o planejamento e a organização do atendimento nestes casos.

O atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que apresentarem maior risco serão priorizados pela equipe. Esses usuários serão atendidos no mesmo dia na UBS, mesmo que a capacidade já tenha sido excedida e, se necessário, será realizada a visita domiciliar.

O material adequado para a aferição da pressão arterial no caso dos usuários com hipertensão e para a realização do hemoglicoteste no caso dos usuários com diabetes será garantido ao longo da intervenção. Para tanto, a diretora da UBS conversará com os gestores municipais para que providenciem os referidos materiais e também esfigmomanômetro, fita métrica, balança, manguito e glicômetro.

No que tange a realização dos exames laboratoriais, cabe destacar que a equipe garantirá a realização do exame para aqueles usuários que não tem condições financeiras para se deslocarem até a capital. Nesse caso, especificamente, a enfermeira coletará o sangue do usuário e esse material será levado até o laboratório pela própria equipe de saúde. A bioquímica do município já foi contatada pelo médico e pela enfermeira e está engajada no trabalho que será desenvolvido. Vale destacar, que a gestão municipal também ficará responsável pela compra de conservantes para o deslocamento do sangue até o laboratório.

Para realizar o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, a equipe colocará os medicamentos de HIPERDIA que são fornecidos a secretaria municipal de saúde num armário que será utilizado especificamente para este fim. O armário em questão vai ser providenciado pela prefeitura municipal, a qual ficou comprometida com essa solicitação. A equipe também vai manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde em cadernos separados para facilitar a identificação destas necessidades. Mas para que isso ocorra será necessário comprar mais 2 cadernos. A diretora da UBS ficará responsável por providencia-los.

Para promover o engajamento público, a equipe necessitará de pelo menos, de duas resmas de folha A4 para confeccionar avisos com informações referentes à intervenção e de 50 folhas brancas de 50 cm ou 1 metro e canetas esferográficas para confeccionar os cartazes que serão colados nas associações,

escolas ou igrejas. O responsável por esta ação é o representante dos ACS da área de abrangência da UBS.

Para engajar os usuários no Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes, práticas coletivas no âmbito da UBS serão organizadas. Entre essas práticas se realizarão atividades de participação coletiva, dinâmica de grupo, palestras, intercâmbios e atividades demonstrativas nas quais será estimulado o autocuidado do usuário. Estas atividades ocorrerão mensalmente e estarão engajados todos os profissionais da equipe.

Com o objetivo de promover uma alimentação saudável, os ACS ficarão responsáveis por entrar em contato com alguns colonos da região para solicitar a doação mensal de frutas plantadas por eles, como, melancias, goiabas, melão, mamão, entre outras. Mas se os colonos relatarem dificuldades para fornecer essas frutas, o médico e a enfermeira elaborarão um ofício para ser apresentado aos gestores municipais solicitando o apoio necessário para desenvolvimento adequado destas atividades. Além disso, os profissionais em questão vão solicitar que os gestores municipais instituam parcerias com o centro de nutrição da capital do estado para que os hipertensos e diabéticos tenham contato com nutricionistas, no mínimo, uma vez ao mês e para que toda a equipe seja capacitada sobre práticas de alimentação saudável.

Com relação à prática regular de atividade física, organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Além do médico e da enfermeira serem responsáveis por essa atividade, conversaremos com os gestores para a construção de um local aberto atrás da UBS para facilitar a prática. Já fizemos o orçamento para a construção deste espaço e só falta a assinatura da prefeita para aprovar os R\$700,00 que deverão ser investidos. Também conversamos com a prefeita para envolver o educador físico das escolas da vila Félix Pinto e da vila União para orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral sobre a importância da prática de atividade física.

Para desenvolver as ações referentes à qualificação da prática clínica, o médico e a enfermeira capacitarão os profissionais da equipe e entregarão uma cópia do projeto de intervenção para que todos tenham um controle das atividades propostas. Para realizar as capacitações, os profissionais precisarão de 12 cadernos, duas resmas de folhas A4, canetas esferográficas (2 kits), 5

protocolos impressos de hipertensão e 5 protocolos impressos de diabetes e os Cadernos de Atenção Básica referente à hipertensão e diabetes. As capacitações serão realizadas duas vezes por mês, na própria UBS.

A princípio, o enfermeiro ficará responsável por desenvolver ações educativas; realizar consulta de avaliação clínica segundo protocolo e atribuições, solicitar exames complementares de rotina, orientar o tratamento conforme protocolo do serviço; transcrever a medicação controlada, neste caso, HIPERDIA; identificar os casos de alto risco cardiovascular e demais complicações; encaminhar para avaliação especializada; realizar atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, e; realizar visita domiciliar.

Ao médico caberá realizar consulta de avaliação de hipertensão e diabetes; solicitar os exames específicos para hipertensos e diabéticos segundo especificidades de cada caso e segundo protocolos do Ministério da Saúde; orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto aos fatores de riscos e sinais de complicações; no caso de sinais de gravidade, encaminhar o usuário para unidades de cuidados avançados; atualizar o cadastro do medicamento controlado nas farmácias populares e o pedido do município; participar de grupos de hipertensos e diabéticos e realizar visitas domiciliares quando for o caso.

O técnico de enfermagem ficará responsável pelas ações educativas para os usuários com hipertensão e/ou diabetes; verificar peso, altura, aferição da pressão arterial; anotar os dados no prontuário clínico e na ficha espelho no caso de ter uma demanda de atendimento excedida; fornecer medicação mediante receita médica ou medicamentos fornecidos pelo programa de HIPERDIA; participar de atividades educativas e de grupo; avisar o médico ou enfermeira caso os usuários apresentem complicações devido à doença de base ou qualquer outra não relacionada, como febril ou infecciosa.

Os agentes comunitários serão capacitados para verificar durante a visita domiciliar se o usuário com hipertensão e/ou diabetes compareceu a consulta agendada, identificar se há atrasos na realização dos exames complementares indicados pelo médico ou pela enfermeira e verificar a constância da ingestão dos medicamentos controlados.

A impressão da versão atualizada dos protocolos que serão utilizados pela equipe ao longo da intervenção ficará sob responsabilidade da secretaria

municipal de saúde. Para tanto, a diretora da UBS entrará em contato com os gestores municipais solicitando mediante um ofício a garantia dos materiais necessários para a implementação da intervenção.

Para dar início à intervenção é necessário que a equipe seja capacitada, que a comunidade seja informada e que os gestores garantam o apoio à logística. A apresentação do projeto de intervenção aos gestores municipais será realizada depois da segunda quinzena de janeiro. Através de palestras e consultas aos usuários já oferecemos algumas informações relacionadas ao trabalho que será desenvolvido.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	X	X		x				x				x				X
Cadastro e atendimento clínico de pessoas com hipertensão e diabetes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de visitas domiciliares e busca ativa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar controle de estoque	X				X				X				X			
Contato com lideranças comunitárias e comunidade em geral		X				X				X				X		
Contato com grupo de hipertensos e diabéticos (Educação em Saúde)				X				X				X				X
Visitar o laboratório clínico da sede do município para retroalimentação dos registros			X			X			X			X			X	
Visitar o local odontológico da sede do município para dispor de capacidade de consultas e retroalimentação dos registros.			X			X			X			X			X	
Monitoramento e avaliação das atividades planejadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade aconteceu nas respectivas datas: 08, 09 e 10 de junho de 2015.

### **3 Relatório da Intervenção**

Com o Programa de Melhoria da assistência a pessoa com HAS e/ou DM cadastramos 282 usuários, destes 191 são portadores de hipertensão, 42 portadores de diabetes e ademais temos 49 portadores das duas doenças, atingindo a cobertura de 26,5% e 34,1% respectivamente. Dentre as ações voltadas para a qualidade do serviço, destacamos que 100% dos usuário com hipertensão e/ou diabetes realizaram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, a avaliação da necessidade odontológica e a estratificação de risco cardiovascular. Além disso, 100% da população alvo cadastrada receberam busca ativa quando faltaram às consultas, tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento e receberam orientações sobre a importância da alimentação saudável, da prática regular de atividade física, dos riscos do tabagismo e da importância de realizar uma higiene bucal adequada.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante a implementação do projeto de intervenção na UBS Félix Pinto, a equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas. A intervenção só foi desenvolvida em função da forte união dos membros da equipe e do engajamento de todos os membros da comunidade.

Durante a divulgação do projeto, os participantes ficaram emocionados, porque pela primeira vez na história da UBS Felix Pinto aconteceria um



planejamento para o desenvolvimento de atividades para grupos específicos e cada usuário poderia se engajar e participar de maneira ativa. A divulgação do projeto serviu como um motivador para a incorporação das atividades previstas no processo de trabalho da equipe de saúde.

Nesse sentido, embora a equipe não tenha alcançado a meta de cobertura, cabe destacar que o registro das pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes foi realizado de forma organizada e sistemática. Para tanto, a equipe criou um livro de registro para o cadastramento dos usuários que está dividido em três partes: usuários com hipertensão, usuários com diabetes e usuários com hipertensão e/ou diabetes. Todos os usuários cadastrados têm seus dados transcritos para o livro de registro, o qual também apresenta outras doenças associadas, avaliação do risco cardiovascular, tipo de medicação prescrita e outras anotações de importância para a equipe de saúde. Este livro foi e continua sendo de grande importância para o controle e monitoramento dos usuários durante as consultas. Ademais, nesse livro existe o controle da realização dos exames e do número do prontuário para a busca no arquivo específico.

Durante a intervenção tivemos dificuldades para receber os materiais solicitados à gestão municipal, (xerox de ficha espelho, fita para glicômetro, canetas, folhas brancas e cadernos), mas isso não impediu o funcionamento normal do trabalho, pois com o apoio da comunidade a equipe conseguiu garantir o fornecimento desses materiais.

O atendimento clínico as pessoas portadoras de HAS e/ou DM foi oferecido e realizado com total qualidade. O que contribuiu para o sucesso desse processo foi às capacitações oferecidas para todos os membros da equipe, a definição das atribuições de cada membro para o exame clínico, realização de visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos as consultas, bem como outras atividades de engajamento que contribuíram para a qualidade do atendimento clínico.

Algumas atividades só puderam ser desenvolvidas parcialmente, entre elas destacamos a busca ativa aos portadores de HAS e/ou DM faltosos às consultas e as visitas domiciliares. Isso ocorreu porque além da UBS não possuir um meio de transporte próprio, a secretaria da saúde não tinha como disponibilizar carros em número suficiente para transportar os 4 médicos do Programa Mais Médicos. E, como a UBS Félix Pinto era a mais distante, o médico era obrigado a auxiliar

seus colegas e não podia trabalhar na UBS para a qual a intervenção foi planejada. As buscas ativas e algumas visitas domiciliares realizadas na área foi resultado do apoio logístico oferecido pela comunidade, pois alguns moradores em várias ocasiões disponibilizaram o seu transporte particular para a equipe desenvolver estas atividades.

Na primeira semana da intervenção não foi possível realizar a reunião com a equipe para capacitar os ACS e estabelecer as atribuições de cada membro da equipe por ter sido uma semana atípica, com o feriado de carnaval e reunião com os gestores para apresentação do projeto de Intervenção. Mas essas atividades foram desenvolvidas na segunda semana de intervenção.



**Figura 2 - Capacitação da equipe**

Ainda na segunda semana da intervenção, entramos em contato com lideranças comunitárias, especificamente com o administrador da Vila e comunidade em geral para falar sobre a importância da ação programática voltada as pessoas portadoras de HAS e DM, solicitando apoio para a detecção dos hipertensos e diabéticos e para o desenvolvimento das demais estratégias. Nessa ocasião, a equipe informou à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Também orientamos à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão

e diabetes. Estas informações foram novamente repassadas aos usuários durante as consultas individuais. Com relação às orientações, durante a intervenção a equipe criou um grupo de usuários dispostos a fazer caminhadas. Nesse grupo, um dos ACS ou técnico de enfermagem aferiu a pressão destes usuários todos os dias. Já temos um grupo com 12 integrantes, o que é muito relevante para continuar incentivando este tipo de prática.

Na segunda semana da intervenção, durante a capacitação dos profissionais de saúde de Cantá sobre tuberculose, conversamos com bioquímica chefe do laboratório da sede e aproveitamos para combinar sobre como faríamos para realizar a retroalimentação dos registros e pactuar cinco vagas todas as quintas feiras para a realização dos exames dos usuários hipertensão e/ou diabetes.

O segundo mês de intervenção não foi tão diferente do primeiro, pois devido aos problemas enfrentados pela falta de transporte, a maioria das atividades previstas foram desenvolvidas parcialmente, como por exemplo, os atendimentos clínicos agendados, o cadastramento dos usuários no programa, as visitas domiciliares e a busca ativa aos usuários faltosos. Ademais, continuamos incorporando no processo de trabalho da equipe as capacitações dos profissionais, o monitoramento e avaliação das atividades planejadas assim como a integralidade e disposição de todos os membros da equipe no desenvolvimento das atividades. O contato com lideranças e demais membros da comunidade foi um dos pontos mais positivos neste trabalho, tendo em vista que com o auxílio deles temos conseguido resolver de alguma maneira os problemas que seriam de responsabilidade da gestão, tais como: transporte e apoio logístico em geral, como garantia de canetas, folhas, xerox para prontuários e fichas espelhos entre outros para o desenvolvimento do trabalho. Além disso, os colonos da região também forneceram frutas da região para desenvolvermos atividades com grupos específicos e capacitações dos ACS e demais membros da equipe.

Também podemos destacar que o compromisso e interesse de todos os membros da equipe em desenvolver o projeto de intervenção e incorporá-lo a rotina do serviço foi um grande facilitador. A união da equipe tem permitido enfrentar algumas das dificuldades apresentadas devido às mudanças na gestão municipal, que em um período curto de tempo cortou os gastos do município e, conseqüente, não disponibilizou transporte suficiente para que o médico pudesse

desenvolver suas atividades conforme havia programado. A redução do tempo da intervenção proposta pelo curso, também levou a equipe a adotar novas estratégias para colocar em prática todas as ações previstas, tais como: apoio de outros profissionais de saúde para realização de atividades de interesse assistencial para o cadastramento, avaliação e demais atividades mencionadas.

O terceiro mês foi o mais problemático de todos, pois as atividades foram desenvolvidas em sua maioria pelos membros da equipe, que seguiam os comandos da enfermeira que mora na área de abrangência da UBS e não precisava do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde para se deslocar. Nesse mês, o médico não conseguiu se deslocar até a UBS devido a falta de transporte e, para não ficar sem desenvolver suas funções, apoiou os demais médicos do Programa nas UBS mais próximas da sede municipal. Para monitorar as atividades, o médico matinha contato telefônico com a enfermeira diariamente. Apesar de todos os problemas enfrentados, podemos destacar o comportamento autônomo da equipe, compromisso demonstrado com as atividades planejadas e o interesse de cada um dos membros para desenvolver o trabalho. Fico muito contente com a equipe, que apesar das dificuldades tem demonstrado maturidade durante o trabalho.

Além das ações citadas, também foi realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos (HIPERDIA), a manutenção das informações nos registros, como SIAB e registros internos da UBS o monitoramento e avaliação das atividades planejadas. Os processos preconizados nos protocolos de atendimento assim como as ações programadas e a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre protocolo de HAS e DM também foram desenvolvidas.

O contato com o grupo específico de usuários hipertensão e/ou diabetes que, devido à carga assistencial, contratempos e demais fatores mencionados anteriormente, foi realizado na última semana da intervenção.



**Figura 3 - Engajamento público**

No entanto, durante o trabalho não deixaram de ser dadas as orientações de alimentação saudável, risco de tabagismo, atividade de prática física regular, higiene bucal e outras, como cuidados dos pés no caso dos usuários diabéticos cujas orientações foram dadas durante o atendimento médico e de enfermagem.

Outro aspecto positivo durante estas semanas e que está diretamente relacionado com a implementação da intervenção foi à recuperação de espaços públicos para a realização das atividades de educação em saúde. Durante o período recuperamos cinco locais públicos em desuso que, com ajuda da comunidade, continuaremos utilizando.



**Figura 4 - Recuperação de espaços públicos**

De forma geral cada atividade prevista foi uma novidade para a equipe que, no decorrer do trabalho foi adquirindo conhecimentos e experiências que consolidaram o trabalho e se transformaram em rotina para a UBS. Além de se constituir uma forte ferramenta na busca de soluções alternativas ante os obstáculos apresentados.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Durante os três meses de intervenção, a equipe enfrentou diversas dificuldades logísticas que impediram a realização de 100% das atividades planejadas no cronograma, mas ao mesmo tempo buscou alternativas e estratégias validas para alcançar os objetivos propostos.

Em primeiro lugar começamos o trabalho com muitas dificuldades no transporte do médico até a UBS Félix Pinto e demais UBS de extensão. Embora esse problema tenha sido parcialmente resolvido na segunda semana da intervenção, quando a gestão municipal disponibilizou 2 carros para fazer o transporte dos 4 médicos do Programa Mais Médicos, na nona semana da intervenção o problema voltou a preocupar. Como se trata de UBS localizadas na área rural e muito distantes uma da outra (a UBS Félix Pinto fica a 135 Km da secretaria de saúde) a secretaria de saúde optou por não disponibilizar o transporte para o médico ir até a sua UBS prestar atendimento para a população. A gestão alegava que não havia transporte, pois os carros não estavam tecnicamente em condições para deslocar a equipe até lugares distantes e que eles não apresentavam condições financeiras para fazer reparos técnicos nas oficinas.

A não realização das atividades previstas conforme o cronograma, deu-se em função das dificuldades com o transporte, dos feriados, da sobrecarga assistencial e das mudanças no cronograma propostas pela gestão municipal. Podemos mencionar que dentre estas mudanças propostas pela gestão, tivemos que apoiar as ações desenvolvidas em outras comunidades que não tinham cobertura médica (essas ações ocorreram na primeira e na terceira semana da intervenção) e participar de capacitações na capital Boa Vista. Além disso,

houveram feriadados mudanças de gestão na secretaria de saúde (que ainda está sujeita a novas mudanças). Esta última dificuldade não impede o correto cumprimento do cronograma, mas influencia diretamente no apoio logístico recebido. A falta de transporte estimulou a nossa equipe a buscar novas estratégias para não afetar tanto o resultado do trabalho e, uma das estratégias foi focar exclusivamente na qualidade do atendimento e não na quantidade de usuários atendidos.

Uma das atividades que estavam previstas, mas que não puderam ser desenvolvidas foi à visita aos Centros de Referência Estaduais de Atenção à Pessoa Tabagista e Alcoólica. Esta vital atividade foi seriamente afetada devido à instabilidade dos gestores nos cargos ocupados na gestão de saúde e ao não fornecimento do transporte para esta atividade.

Na quarta semana da intervenção fomos informados sobre a presença de uma dentista para nossa UBS, o que facilitaria e qualificaria a atenção prestada aos usuários da nossa área de abrangência. No entanto, embora a equipe tenha adequado o consultório odontológico e esperado para agendar as consultas, a dentista apresentou-se somente por duas semanas. Vale destacar que a dentista não realizou nenhum atendimento, pois num primeiro momento precisávamos arrumar o consultório odontológico, o qual estava a mais de dois anos e meio sem funcionamento na UBS por falta de profissional. Devido à instabilidade do pagamento na folha municipal, a dentista não pode ser contratada e os atendimentos odontológicos às pessoas portadoras de HAS e DM não puderam ser oferecidos na própria UBS. As capacitações da equipe para oferecimento de orientações de higiene bucal e da comunidade nas práticas coletivas também não contaram com o apoio de nenhum odontólogo.

Vale destacar que apesar do esforço da equipe e a perseverança nas conversas com os gestores municipais, não temos conseguido promover a realização de parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas para auxiliar na organização das práticas coletivas sobre atividade física regular e alimentação saudável. Esses profissionais não participaram também das capacitações aos profissionais da equipe. Essas parcerias não foram realizadas, sobretudo, pelas mudanças que ocorreram na gestão e a incorreta articulação dos gestores atuais nesta atividade já planejada.

Apesar de não desenvolver estas ações planejadas, a equipe com seus modestos esforços, utilizando os protocolos disponibilizados pela UFPEL conseguiu mobilizar a população na construção de uma política nacional de educação popular.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Uma das ferramentas que ajudaram a controlar o cadastramento e o registro dos usuários portadores de HAS e/ou DM foi a planilha de coleta de dados. O curso de especialização disponibilizou a planilha durante a elaboração do projeto de intervenção para que pudéssemos manuseá-la.

Um indicador que apresentou problemas no início da intervenção foi referente à avaliação dos usuários acerca da necessidade de atendimento odontológico, pois os membros da equipe acreditavam que os usuários portadores de HAS e/ou DM só poderiam ser avaliados pelo dentista. Além disso, apresentamos dúvidas na hora de preencher as orientações aos usuários sobre os riscos de tabagismo, onde acreditávamos que somente os usuários tabagistas deveriam receber as orientações. Após esclarecimentos, conseguimos corrigir as informações e os indicadores propostos ficaram corretos.

O indicador referente à proporção de usuários com exames complementares em dia, segundo protocolos, também gerou dúvidas nas primeiras semanas, já que alguns usuários esqueciam os resultados dos exames em suas residências, na residência de algum familiar ou iam realizar os exames na capital do estado, onde esperavam o atendimento de algum especialista. A estratégia adotada foi solicitar a cópia dos exames dos usuários da área de abrangência para o laboratório da sede do município do Cantá. Estas dúvidas foram esclarecidas pela orientadora do curso e pelos demais orientadores e apoio pedagógico da UFPEL.

O diário de intervenção foi uma das coisas mais difíceis de preencher, pois a equipe precisava se deslocar a grandes distâncias para atender os usuários agendados e a demanda espontânea, retornando muito tarde para a sua casa. Assim ficava cansativo passar para o diário todas as atividades desenvolvidas no



dia. Vale destacar que além das atividades programadas para as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes, tínhamos que desenvolver ações de pré-natal e puerpério, saúde da criança, saúde do idoso, atividades de promoção e prevenção de saúde nas vilas e comunidades necessitadas. Devido às mudanças de planejamento realizadas pela gestão e do excesso de demanda nestas ações de saúde, muitas vezes não consegui escrever o diário de intervenção no mesmo dia.

No terceiro mês apresentamos sérios problemas com o transporte onde foi o mais dificultoso para o preenchimento. Para solucionar em partes esse problema, a equipe adotou como estratégia, realizar as buscas ativas, onde os atendimentos aos usuários eram feitos pela enfermeira e enviados os dados semanais num pendrive (que era enviado todas as semanas por um taxista da sede até a casa do médico) onde este esvaziava a informação junto com as memórias fotográficas das atividades realizadas pela equipe.

Todas as fotos incluídas no diário de intervenção e no trabalho de conclusão de curso receberam o consentimento dos usuários, gestores e membros da equipe, através do preenchimento do Termo Livre Esclarecido.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Algumas atividades já viraram rotina na UBS, como por exemplo, as atividades de grupo que demos continuidade depois da 12ª semana da intervenção e estão programadas para serem desenvolvidas uma vez por mês na UBS Félix Pinto e demais UBS de apoio.

Além disso, temos as reuniões com a equipe, onde aproveitamos para desenvolver as atividades de monitoramento e avaliação, revisar os arquivos e o controle do estoque dos medicamentos e necessidade destes na UBS. Também avaliamos as consultas agendadas aos usuários, onde cada um dos ACS tem a responsabilidade de avisar o usuário assim como realizar a busca ativa no caso do usuário faltar à consulta.

De forma geral, temos cumprido com as tarefas propostas no cronograma, algumas de forma parcial como o atendimento e cadastro de usuários portadores

de HAS e DM. O fato de termos engajado os membros da equipe e da comunidade na intervenção foi uma conquista que nos deixa esperançosos no que se refere a continuidade dessas ações. Claro que mesmo que façamos até o impossível, a falta de apoio na gestão afeta diretamente o trabalho planejado.

Outro ponto positivo do trabalho foi o fato de cada membro da equipe identificar-se com o projeto, onde atualmente, propõe-se aos gestores possíveis soluções para dar continuidade ao trabalho que está sendo desenvolvido.

Em suma, temos tido problemas no cumprimento normal das atividades devido aos obstáculos e problemas apresentados que atrapalharam o adequado desenvolvimento do cronograma. Esses problemas serão discutidos na reunião com os membros da equipe para traçar novas estratégias que permitam avançar nos objetivos do trabalho. Como destacado anteriormente, o principal problema consiste no apoio logístico, mas com certeza seguiremos lutando para dar continuidade e cumprimento aos nossos objetivos.

Vale a pena destacar que as circunstâncias muitas vezes levam à improvisação, o que constitui uma alternativa para não deixarmos de cumprir nossos objetivos e não cairmos na justificativa de que não podemos fazer as coisas, porque de forma perderíamos nossa essência.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Primeiramente é necessário relembrar que a intervenção foi realizada no período de escolha pelo Programa de melhoria da atenção a pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foi realizada em conjunto com a equipe de saúde da UBS Félix Pinto. Com este trabalho tínhamos com objetivo melhorar a atenção à saúde do usuário com hipertensão e/ou diabetes na UBS/ESF Félix Pinto, Canta, RR. A intervenção foi realizada num período de três meses, iniciando no final do mês de fevereiro e culminando no início do mês de maio do ano 2015.

No entanto, a meta de cobertura não foi alcançada devido a várias questões: na primeira semana da intervenção a equipe trabalhou apenas na sexta-feira, pois um dia nos encontramos com os gestores municipais para a apresentação do trabalho e os demais dias foram decretados feriado devido ao carnaval. Além disso, no primeiro mês da intervenção tivemos que alterar o cronograma diversas vezes devido às ações de saúde programadas pela gestão municipal fora de nossa área de abrangência e atividades docentes programadas pela coordenação do estado que afetaram seriamente o curso normal do trabalho, além, é claro, das dificuldades existentes com o transporte.

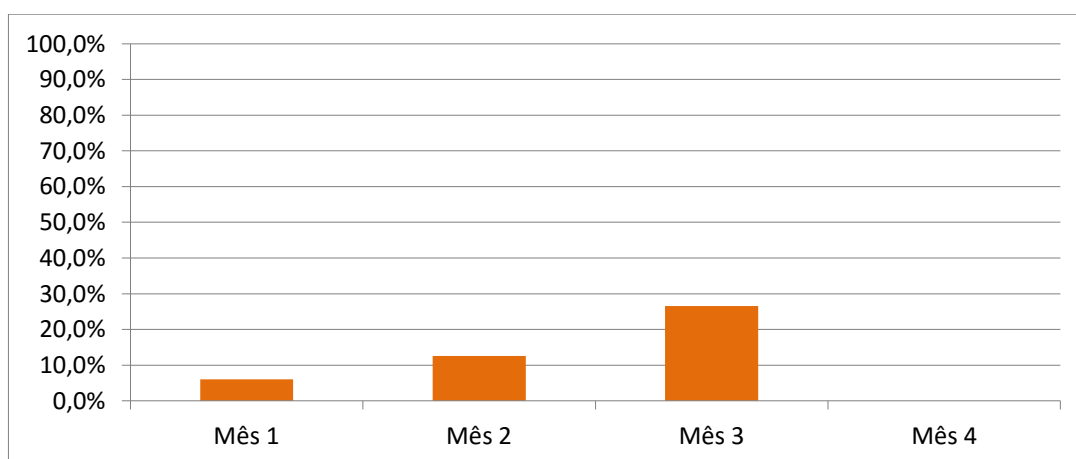
No segundo mês, a equipe apresentou problemas similares aos do primeiro mês devido aos ajustes no cronograma de atendimento para realização

de ações de saúde em outras áreas dentro do município que precisavam de apoio, atividades docentes programadas pelo estado e fundamentalmente problemas com o deslocamento da equipe na área de abrangência por problemas com transporte.

No terceiro mês a equipe tomou conta de tudo e procurou alternativas para dar continuidade ao trabalho de intervenção, pois a gestão não disponibilizou o transporte para eu ir até a UBS Félix pinto e demais UBS de apoio para prestar atendimento à população e colocar em prática as atividades planejadas no projeto. Assim, com o comando da enfermeira chefe da equipe, com os conhecimentos oferecidos nas qualificações de prática clínica, com o apoio e engajamento da comunidade a equipe assumiu a intervenção.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários com usuários hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência.

**Meta 1.1:** Cadastrar 46% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Deverão ser cadastrados no primeiro mês 11,4%, no segundo mês 22,8%, no terceiro mês 34,2% e no quarto mês chegaremos a 46%.



**Figura 5 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde**

O programa de melhoria da atenção à pessoa portadora de HAS e/ou DM deveria ter atingido uma cobertura de 46% de hipertensos no final da intervenção, conforme meta estabelecida. Considerando que a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas, a meta ao final desse período deveria ter sido de 312 (34.2%)

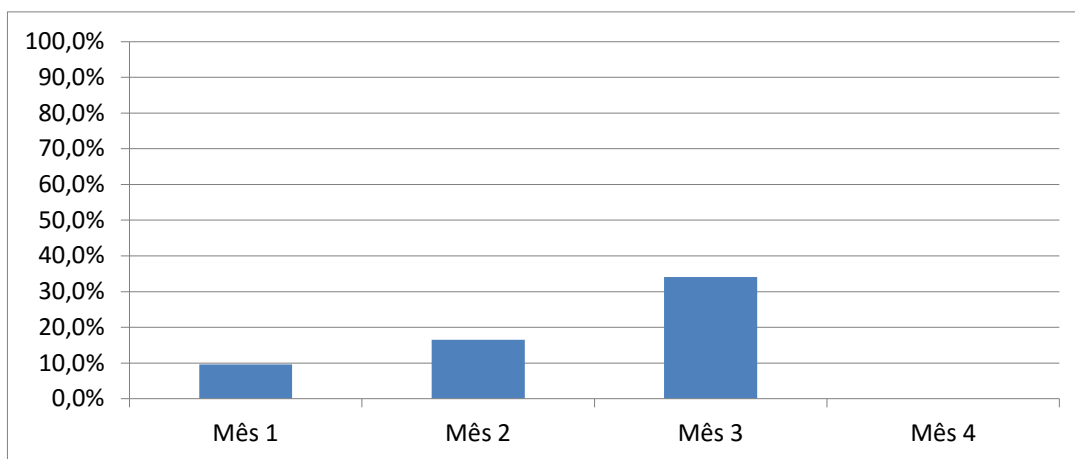
usuários com hipertensão cadastrados. No entanto, cadastramos apenas 242 (26.5%) usuários com hipertensão após três meses de intervenção. Isso foi consequência de problemas ocasionados pela falta de transporte e feriados durante este período.

Vale destacar que no primeiro mês, esperávamos cadastrar 104 (11,4%) hipertensos da área de abrangência, mas cadastramos apenas 55 (6%). No segundo mês, cadastramos 115 (12.6%) usuários com hipertensão, sendo que o esperado era 208 usuários (22.8%). Ainda que o indicador não tenha alcançado os resultados esperados, a equipe adotou estratégias que permitiram que esse indicador não ficasse ainda mais baixo. Por exemplo, todo usuário portador de hipertensão arterial que chegava serviço para receber atendimento por problemas de saúde agudos era acolhido, cadastrado e em seguida a triagem e o atendimento médico e de enfermagem eram oferecidos. Ao final do terceiro mês a equipe cadastrou 242 usuários com hipertensão (26,5%) sendo que o esperado era 312 (34,2%) usuários. A diferença foi de 70 (7,8%) usuários com hipertensão que deveriam ser cadastrados e não foram. Assim, a meta não foi alcançada, mais o indicador evoluiu satisfatoriamente apesar das dificuldades encontradas.

Algumas ações auxiliaram na melhoria deste indicador tais como, o cadastramento dos usuários com hipertensão detectados como casos novos no Programa, atendimento clínico aos usuários com hipertensão, em especial para aqueles que vinham até a UBS procurando o serviço sem prévio agendamento, a realização de visitas domiciliares e a busca ativa de usuários com hipertensão faltosos a consulta.

**Meta 1.2:** Cadastrar 51% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. No primeiro mês a cobertura devia alcançar 12,6%, no segundo mês 25,2%, no terceiro mês 36,8% e no quarto mês 51%. No caso dos usuários portadores de DM o objetivo era ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Felix Pinto.

**Indicador:** Proporção de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde



**Figura 6 - Cobertura da atenção ao diabético na unidade de saúde**

O indicador cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde deveria atingir 51% dos usuários portados de DM no final da intervenção, conforme meta estabelecida. Nesse sentido, ao final das 12 semanas deveríamos ter cadastrado 96 (36,8%) usuários com diabetes, mas conseguimos cadastrar apenas 89 usuários (34,1%).

No primeiro mês, deveríamos cadastrar 33 usuários com diabetes (12,6%), mas cadastramos apenas 25 (9,6%). Dentre as problemas enfrentados nesse mês destacamos a falta de transporte, as atividades realizadas fora da área de abrangência da UBS e os feriados. Assim, no primeiro mês a meta não foi atingida.

No segundo mês, a equipe de saúde atingiu 16,5% (43) da população alvo, mas a meta era 25,2 % (66). Nesse sentido, a meta também não foi cumprida.

No terceiro mês foram avaliados 89 (34,1%) usuários com diabetes de 36,8% esperado no terceiro mês. Para esse mês depois do reajuste e novas estratégias de apoio entre a equipe e a comunidade. Assim, podemos dizer que o indicador evoluiu satisfatoriamente ao longo dos três meses, pois apesar de não termos alcançado os resultados esperados tivemos um aumento progressivo e contínuo resultante das estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde e a maior organização no serviço oferecido. O aumento da proporção de usuários com diabetes cadastrados também foi produto do apoio logístico oferecido pela comunidade que em várias ocasiões disponibilizaram o transporte de alguns moradores da área de abrangência para a equipe realizar as visitas domiciliares. Ademais, podemos destacar que várias atividades foram desenvolvidas para facilitar o aumento progressivo no atendimento aos usuários portadores de DM,

dentre elas destacam-se: o atendimento clínico a estes usuários, mesmo aqueles usuários que chegavam na UBS sem o agendamento da consulta eram atendidos, as visitas domiciliares, a busca ativa dos usuários faltosos à consulta e o cadastro dos usuários portadores de DM como casos novos. Também podemos mencionar que este indicador não foi cumprido devido as atividades que não foram realizadas na maioria das micro áreas por problemas apresentados com o transporte.

Além do objetivo geral determinamos vários objetivos específicos que permitiram oferecer um atendimento integral e de qualidade aos usuários envolvidos no trabalho.

**Relativas ao objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.**

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Para melhorar a qualidade na atenção aos usuários com hipertensão devíamos ter realizado o exame clínico em dia dos usuários segundo protocolo adotado na UBS. No primeiro mês o indicador alcançou 100% (55 usuários), no segundo mês 100% (115 usuários) e no terceiro mês 242 (100%) usuários realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. 100%. Esse indicador comportou-se segundo o esperado que devia ser 100% em todos os meses. Portanto o indicador número de usuários com hipertensão com exame clínico em dia foi cumprido totalmente durante o período.

Isso foi resultado das estratégias organizativas adotadas, onde a equipe de saúde após o acolhimento, a triagem e o cadastro (se necessário), priorizava estes usuários na UBS e logo em seguida os mesmos eram avaliados pela enfermeira e/ou pelo médico e realizado o exame clínico.

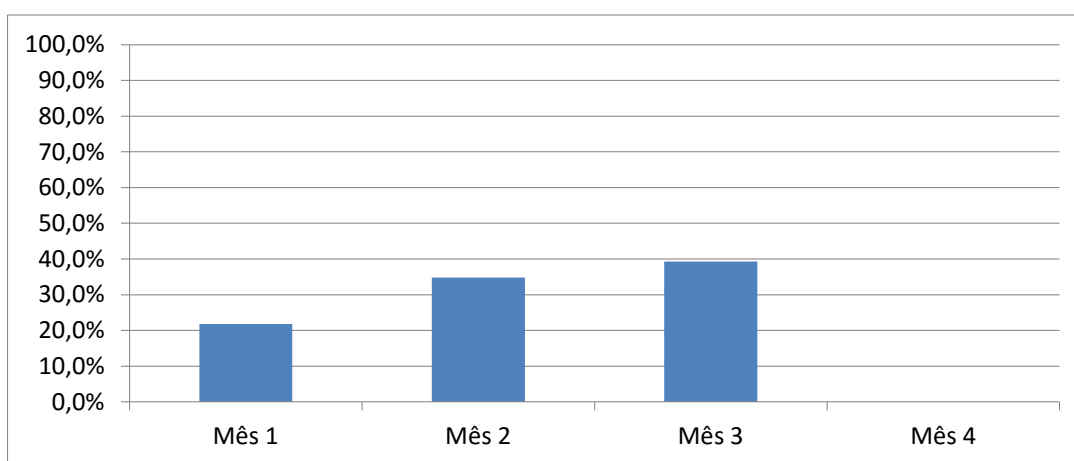
**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Para realizar o exame clínico apropriado aos usuários portadores de DM segundo protocolos, a equipe realizou o exame em todos os usuários permitindo que durante os três meses da intervenção 100% dos usuários atendidos saísse da UBS com o exame clínico apropriado. Nesse sentido, no primeiro mês

avaliamos 25 usuários com diabetes, o segundo mês 43 usuários e o terceiro mês 89 usuários diabéticos. Tudo isto foi possível devido à organização dos membros da equipe com relação ao agendamento das consultas destes usuários, à priorização dos portadores de DM quando procuravam o serviço sem terem sido agendados, ao correto acolhimento realizado pelos profissionais da equipe, assim como a triagem realizada com brevidade pelos profissionais que nesse momento ofereciam o apoio durante as consultas. Ademais, dentre do exame clínico aos usuários diabéticos enfatizamos nos pés destes usuários que tanta importância tem na prevenção de futuras complicações.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo.



**Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**

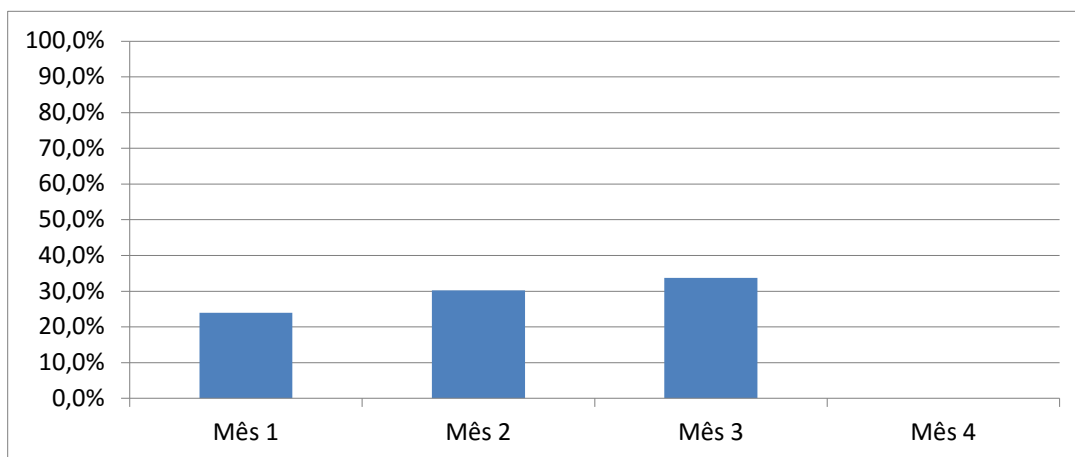
Com relação ao indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo podemos dizer que tem sido muito difícil atingir pelo menos 50% desta meta. Isso se deve à demanda excessiva que apresenta o laboratório da sede do município e a distância das vilas de nossa área de abrangência até o laboratório. Associado a essas questões encontra-se às condições econômicas da população em questão, que impossibilitam um correto acompanhamento dos usuários com relação aos exames complementares realizados. No caso dos usuários hipertensos que necessitam do eletrocardiograma como um dos exames complementares mínimos



de acordo com o protocolo, tem sido ainda mais difícil garanti-lo, pois o mesmo é realizado na capital do estado e demora ao redor de três meses para ser marcado. Sendo assim, no primeiro mês de 55 usuários com hipertensão avaliados, apenas 12 (21,8%) realizaram os exames complementares, no segundo mês, 115 usuários avaliados, 40 (34,8%) realizaram e no terceiro mês, de 242 usuários avaliados, 95 (39,3%) realizaram os exames complementares de acordo com o protocolo.

Vale destacar que após reunião com a bioquímica do município, ficou pactuado 5 vagas para estes usuários realizarem os exames complementares durante o um determinado dia da semana. Foi essa pactuação que possibilitou um aumento gradual neste indicador. Podemos destacar que a bioquímica do município transmitiria via contato telefônico o nome dos usuários portadores de HAS e/ou DM que não foram realizar a coleta de sangue, assim como aquelas coletas não uteis e que precisavam ser refeitas, fundamentalmente para realizar a busca ativa na área de abrangência. Esse mecanismo de comunicação é de vital importância, pois desta forma a equipe tem um maior controle sobre a realização dos exames complementares pelos usuários. Como o combinado com a bioquímica não estava sendo cumprido, o médico e a enfermeira tiveram que conversar novamente com ela sobre essa questão. Devido ao excesso de demanda, às vagas insuficientes e ao não cumprimento do pactuado, o indicador foi cumprido apenas parcialmente.

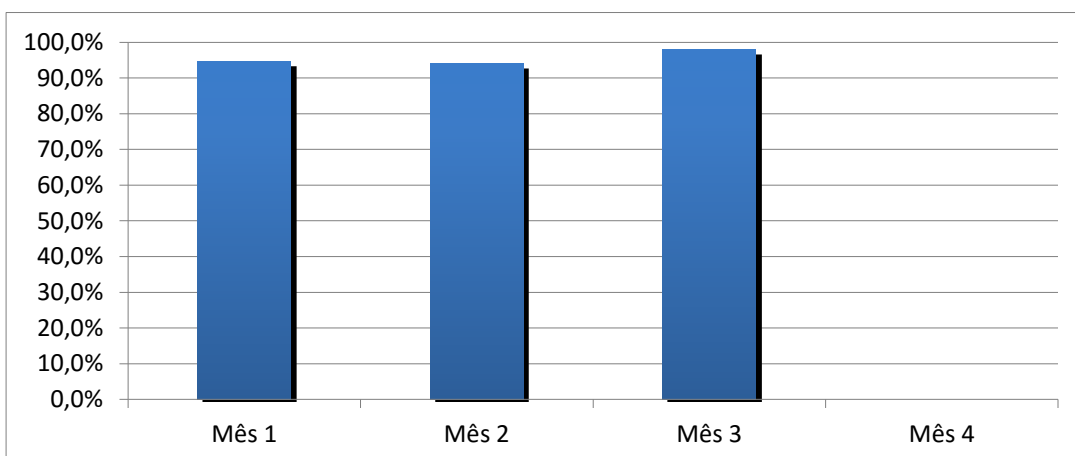
**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



**Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**

Esta meta não foi alcançada pelos motivos acima expostos. Nesse sentido, de 25 usuários diabéticos atendidos no primeiro mês, apenas 6 (24%) realizaram os exames complementares, no segundo mês dos 43 usuários avaliados, apenas 13 (30,2%) realizaram os exames e no terceiro mês, dos 89 usuários avaliados, apenas 30 (33,7%) realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Apesar das dificuldades enfrentadas, o indicador evoluiu lenta mais positivamente no transcurso da intervenção e foi cumprido parcialmente.

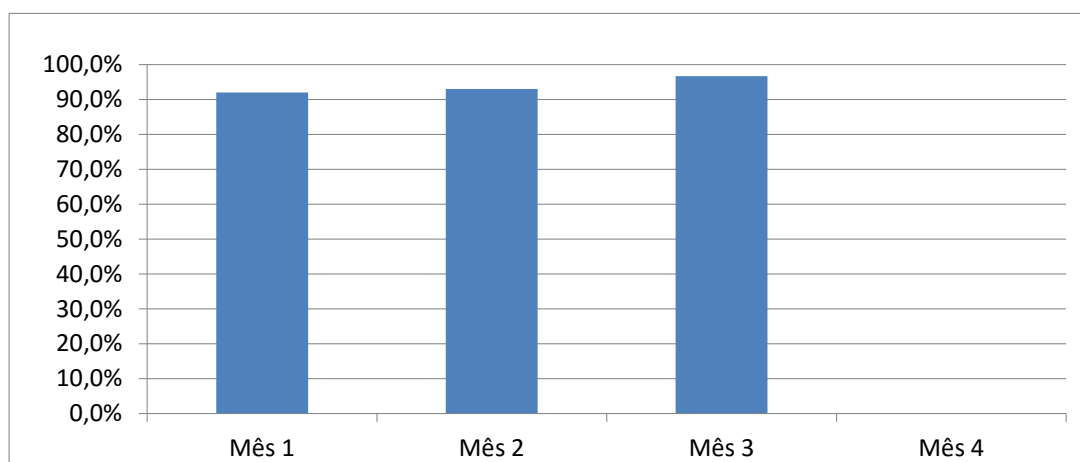
**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**

O indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada teve um resultado positivo para os usuários hipertensos, pois no primeiro mês os mesmos foram prescritos para 52 (94,5%) usuários com hipertensão, no segundo mês foram prescritos para 108 (93,9%) usuários com hipertensão e no terceiro mês foram prescritos para 237 (97,9%) usuários com hipertensão. A meta a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia deveria ter atingido 100% em cada mês, mas 5 usuários que apresentavam doenças cardiovasculares graves não receberam essa prescrição porque a medicação indicada pelos cardiologistas não encontrava-se disponível na rede pública. Os demais usuários conseguiram realizar o cadastro nas Farmácias Populares da capital do estado e passaram a tomar o medicamento sem dificuldades. Isso graças às orientações oferecidas por integrantes da equipe de saúde durante ou após os atendimentos individuais e coletivos. O comportamento do indicador teve uma redução um pouco significativa no segundo mês e se recuperou no terceiro mês.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**

No que tange ao indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, podemos destacar que no primeiro mês 23 (92%) usuários diabéticos receberam prescrição de

medicamentos da Farmácia popular, no segundo mês 40 (93%) usuários receberam a prescrição e no terceiro mês prescrevemos os medicamentos da Farmácia Popular para 86 (96,6%) usuários com diabetes. Não atingimos a meta proposta porque 3 usuários foram avaliados por cardiologistas e receberam a prescrição de medicamentos que não estão disponíveis na rede pública. O indicador prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia evoluiu satisfatoriamente durante o período avaliado, aumentando progressivamente. As atividades que contribuíram para o aumento desse indicador foram às orientações oferecidas aos usuários pelos integrantes da equipe de saúde e as prescrições dadas pelo médico e pela enfermeira.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

O indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançou 100% em todos os meses da intervenção. Assim, no primeiro mês 55 (100%) usuários com hipertensão foram avaliados, no segundo mês 115 (100%) e no terceiro mês 242 (100%) usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Essa meta foi atingida porque a avaliação da necessidade de atendimento odontológico acontecia durante os atendimentos clínicos realizados pela enfermeira e pelo médico.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

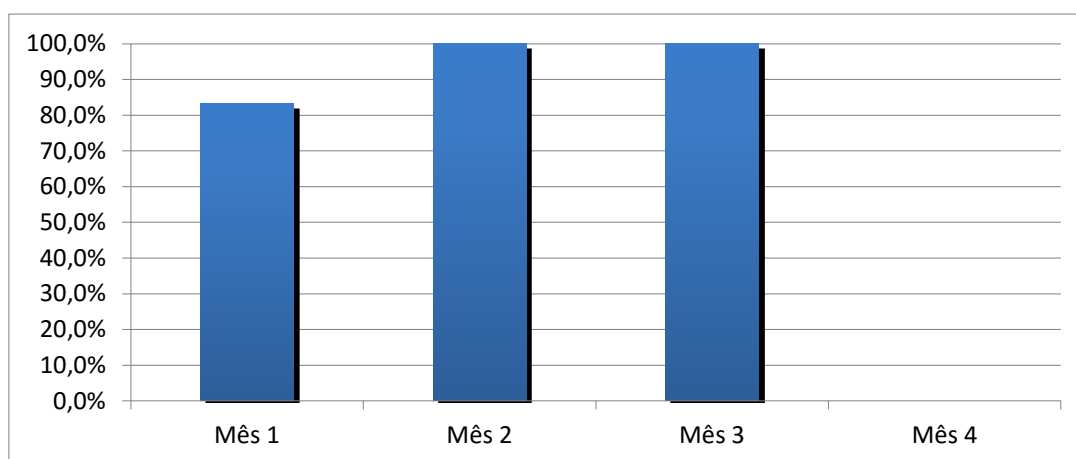
O indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançou 100% dos diabéticos cadastrados nos três da intervenção. No primeiro mês, 25 (100%) usuários diabéticos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 43 (100%) usuários e no terceiro mês 89 (100%) usuários.

Vale destacar, que na quarta semana da intervenção a equipe foi informada sobre a contratação de uma dentista para nossa UBS e mesma foi apresentada para todos os membros da equipe. Toda equipe realizou o planejamento das consultas para o atendimento odontológico, mas a gestão municipal não providenciou os materiais necessários para a odontóloga prestar o atendimento adequado aos usuários e a profissional, duas semanas depois, não

se apresentou mais na unidade de saúde. Isso foi um grande desalento para a população, mas constitui um desafio a ser solucionado pelos gestores.

**Relativas ao objetivo 3–** Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao Programa.

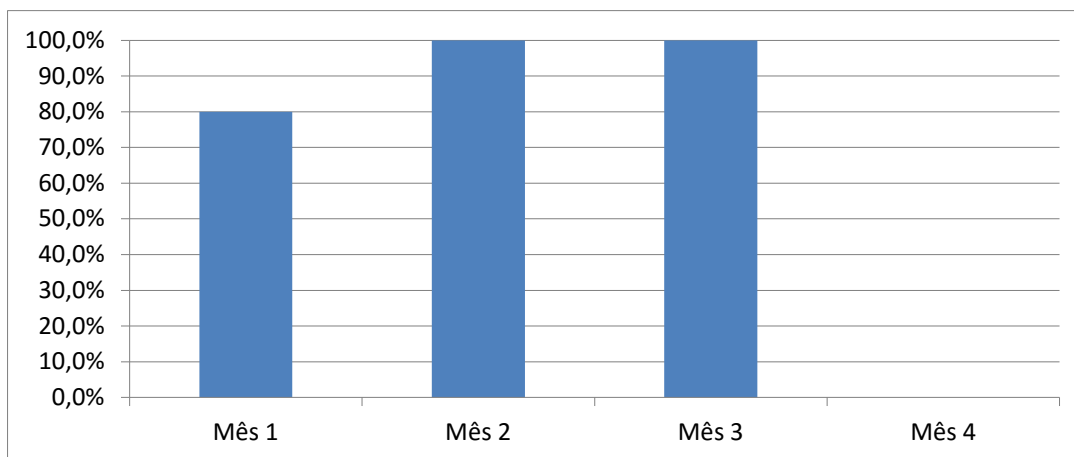
**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.



**Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa**

Para melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao Programa, nos propusemos a buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês, de 6 usuários que faltaram a consulta, apenas 5 (83,3%) receberam a busca ativa. No segundo mês a busca ativa foi realizada aos 6 (100%) usuários faltosos. E, no terceiro mês a busca ativa foi realizada pelos integrantes da equipe de saúde aos 15 (100%) usuários faltosos. É interessante mencionar que foi realizada a busca ativa de todos os usuários, exceto de uma usuária com hipertensão que mora na vicinal 11 muito distante da UBS. Pelas dificuldades no transporte já discutidas e pelo fato da usuária Tatiane Barreira de Almeida ter faltado na última semana do primeiro mês da intervenção, a equipe não conseguiu realizar a busca ativa em tempo.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.



**Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa**

O indicador proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa atingiu, no primeiro mês, apenas 4 (80%) dos 5 usuários com diabetes faltosos às consultas. A usuária que não recebeu busca ativa (Maria Benedicta Caxias) mora na vicinal 11, em uma casa muito distante e pelos sérios problemas com o transporte apresentados não conseguimos realizar a busca ativa no primeiro período.

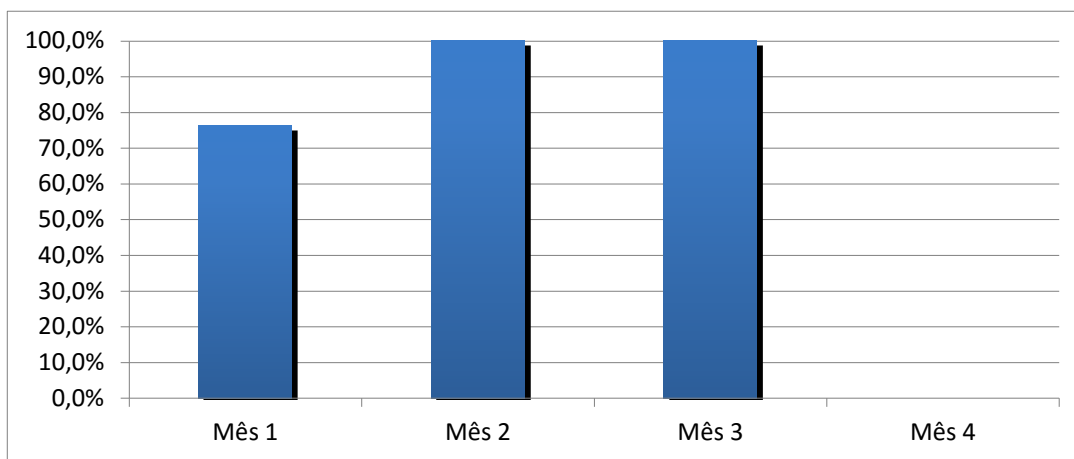
Já no segundo e terceiro mês foi realizada a busca ativa para 100% dos usuários faltosos as ações programadas (6 usuários no primeiro mês e 7 usuários no segundo mês), apesar dos problemas com o transporte se tornarem cada vez maiores, a organização da equipe e o compromisso dos usuários que apoiaram na maioria das buscas ativas com transporte pessoal, permitiu a realização desta atividade. O motivo pelo qual foram faltosos à consulta estes usuários, deve-se ao difícil acesso das áreas de moradias até o local de consulta, além da situação econômica precária de muitos deles. Podemos citar que entregava-se o nome dos usuários faltosos para o ACS responsáveis de cada área para estes dar seguimento e marcar o dia da visita.

Ademais, a organização alcançada durante a intervenção ajudou significativamente na evolução positiva do indicador, pois organizamos agenda para o mesmo dia em que se disponibilizava o transporte para atender aos

usuários que moravam mais longe, assim se algum deles era faltoso podia se realizar busca ativa no mesmo dia.

**Relativas ao objetivo 4–** Melhorar o registro das informações na UBS.

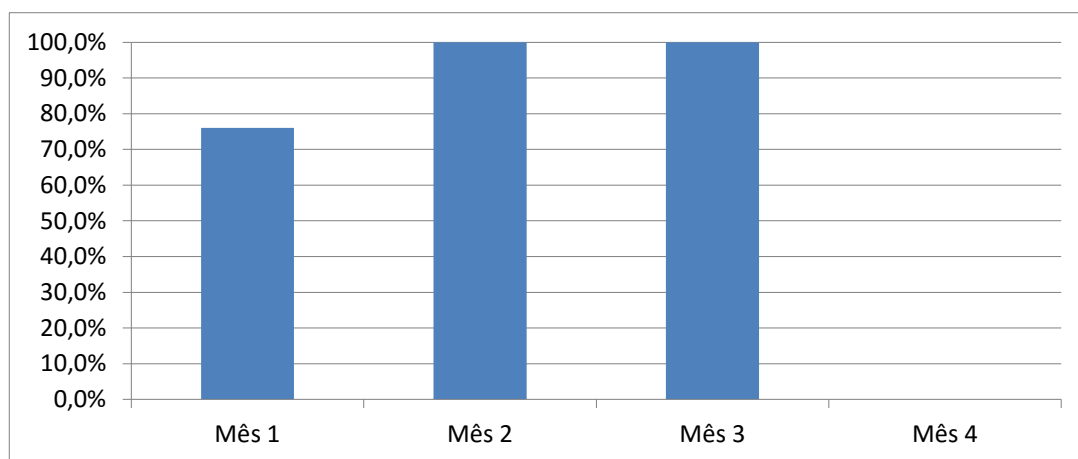
**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

Para melhorar o registro das informações na UBS decidimos manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês não conseguimos alcançar a meta de 100% e o registro adequado na ficha de acompanhamento foi garantido para 42 (76,4%) dos 55 usuários avaliados. No segundo e no terceiro mês atingimos a meta de 100%. Não atingimos a meta no primeiro mês da intervenção devido à falta de materiais logísticos disponíveis para a realização dos prontuários e fichas de acompanhamento que não foram providenciados pela secretaria de saúde, mas fundamentalmente devido a equipe não se organizar e se reunir com a comunidade para providenciar os materiais. Os demais meses foram providenciados e disponibilizados pela gestão municipal. A estratégia adotada pela equipe de saúde foi a revisão das fichas de acompanhamento após o dia de trabalho pela enfermeira e o médico.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.



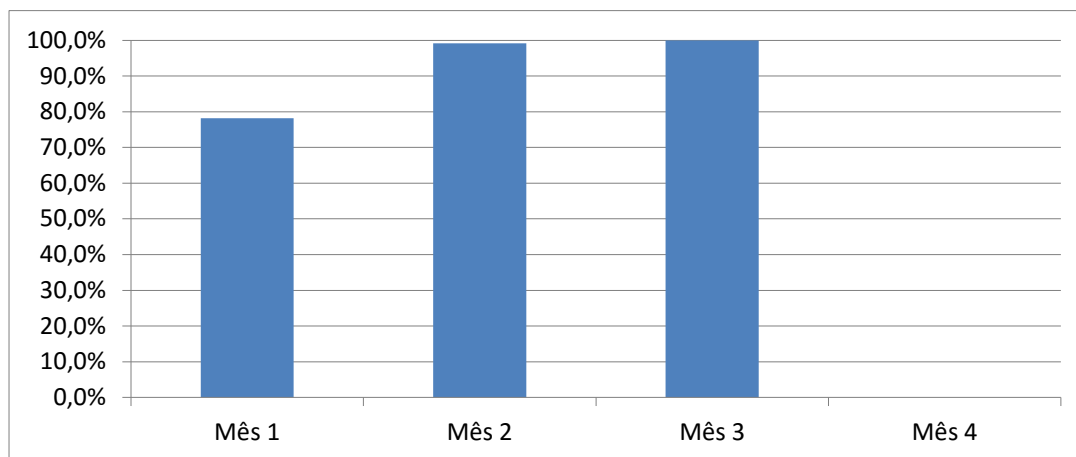
**Figura 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

A ficha de acompanhamento dos usuários com diabetes já existente na UBS permitiu melhorar o registro das informações. No primeiro mês, a equipe não alcançou 100% era esperado, pois garantimos que apenas 19 usuários com diabetes tivessem seu registro adequado na ficha de acompanhamento. O segundo e terceiro mês a meta foi atingida e 100% dos usuários tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento. No primeiro mês a meta não foi atingida porque a equipe não contava com os materiais suficientes para todos os usuários cadastrados. Mas como estratégia, a equipe fez anotações precisas num caderno, disponibilizando os dados necessários para logo repassa-los para a ficha de acompanhamento, prontuários e ficha espelho. Já nos demais meses a gestão municipal providenciou os materiais para continuarmos a intervenção. Vale destacar, que alguns dos usuários disponibilizaram uma grande quantidade de xerox para manter os registros adequados, fundamentalmente no terceiro mês. Uma das estratégias adotadas pelos membros da equipe foi a revisão das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos após o atendimento clínico.

**Relativas ao objetivo 5–** Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes para avaliação de risco cardiovascular.



**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

No que tange a realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários com hipertensão da área de abrangência, destacamos que a equipe não conseguiu atingir a meta de 100%. Sendo que o primeiro mês fizemos a avaliação do risco cardiovascular a 43 (78,2%) usuários com hipertensão dos 55 atendidos, no segundo mês foram 114 (99,1%) usuários com hipertensão com estratificação de risco realizada dos 115 usuários avaliados e no terceiro mês atingimos a meta de 100%.

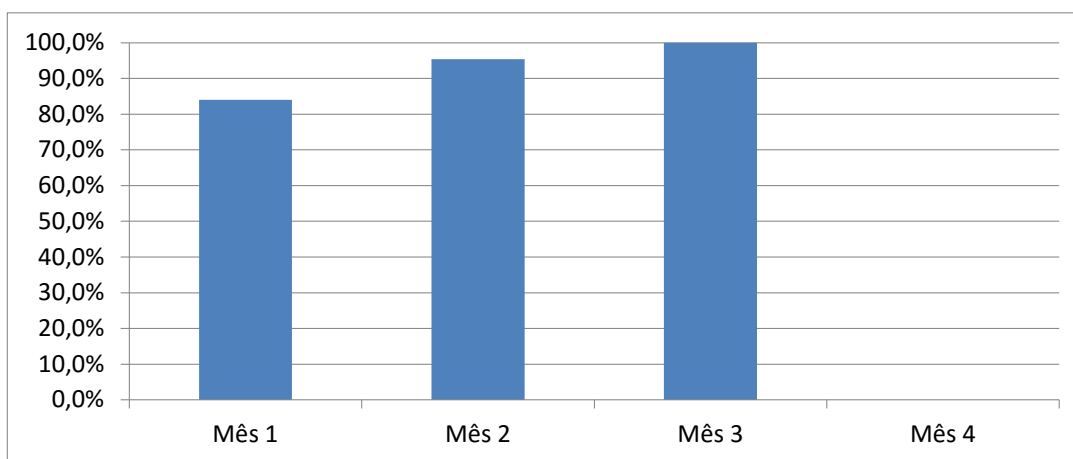
Isto foi realizado parcialmente no primeiro mês devido ao desconhecimento por parte dos usuários de história individual de doenças ou eventos cardiovasculares que permitissem a classificação do risco, assim como, de usuários que desconheciam o tempo que estavam com a doença impossibilitando a classificação segundo o score de Framingham. Para isto, a equipe adotou como estratégia realizar visitas domiciliares em busca de familiares que oferecessem maiores informações sobre a patologia e nos apresentassem algum tipo de documento médico para confirmarmos a classificação.

Um exemplo que pode ser citado refere-se a dois usuários com 80 anos de idade que consultaram em dias diferentes na UBS, após ter o atendimento agendado pelo ACS. Ambos contaram que não tinham antecedentes familiares de hipertensão e também desconheciam o tempo de diagnóstico da doença. Quando

a enfermeira e o médico fizeram o monitoramento das atividades e revisaram o livro que acompanha a intervenção, perceberam que o endereço dos usuários era o mesmo. Fomos visitá-los e vimos que eram irmãos e que moravam juntos. Junto com a ACS da área de abrangência e com ajuda de uma vizinha, procuramos na casa algum documento para fazer a classificação de risco, mas não encontramos nenhum documento que apresentasse algum internamento, nem mesmo antecedente pessoal de doença associada à hipertensão. A equipe os classificou de alto risco cardiovascular.

Outro exemplo é do usuário sem a classificação de risco, porque apresentava problemas mentais. Ele foi acompanhado até a UBS pelo vizinho, que desconhecia o histórico dele. Mas mediante a visita domiciliar, no terceiro mês, a equipe conseguiu conversar com a família deste usuário e obtivemos as informações necessárias para a classificação correta.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

Com relação ao indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, destacamos que no primeiro mês 21 (84,0%) dos 25 usuários com diabetes avaliados realizaram a estratificação de risco cardiovascular, o segundo mês 41 (95,3%) dos 43 usuários com diabetes realizaram a avaliação e no terceiro mês os 89 (100%) usuários com diabetes cadastrados realizaram a estratificação de risco cardiovascular. No primeiro mês os usuários avaliados desconheciam a história individual precisa para a referida

avaliação e, como foi mencionado anteriormente, os profissionais da nossa UBS organizaram uma visita domiciliar para cada um destes usuários com diabetes em busca de informações necessárias para a classificação do risco cardiovascular. Nesse sentido, no segundo mês aumentamos o indicador para 95,3% e no terceiro mês atingimos 100% de classificação do risco cardiovascular para os usuários com diabetes.

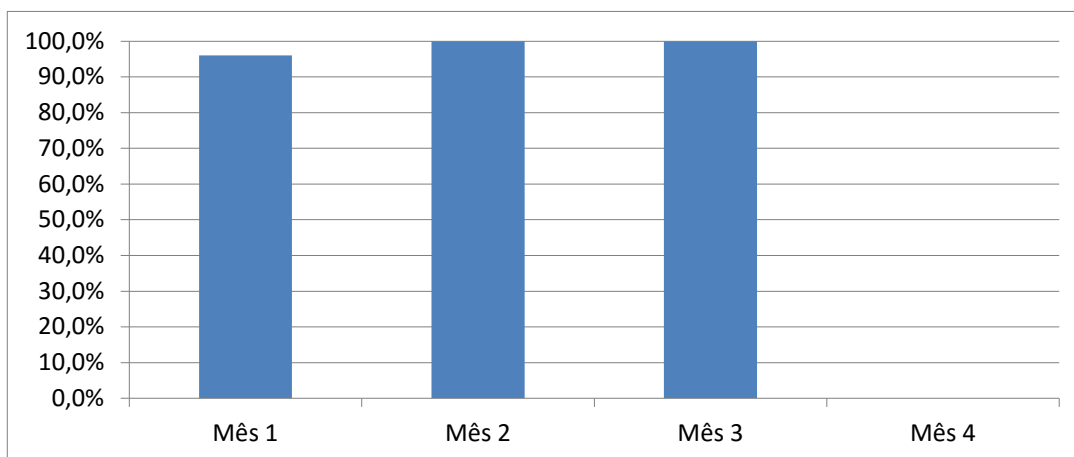
Vale destacar, que estes usuários, durante o exame clínico, tiveram a avaliação realizada com relação à presença ou não de pé diabético. Detectamos dois casos com pé diabético que foram referenciados para o especialista na capital do estado. Um desse usuários estava num estágio avançado da doença e foi necessária a amputação infracondílica do pé, mas agora está se reabilitando e já está inserido nas atividades de grupo da UBS.

**Relativas ao objetivo 6–** Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes .

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

O indicador proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi atingido e 100% dos usuários receberam as orientações. No primeiro mês a equipe orientou os 55 (100%) usuários com hipertensão avaliados em consulta. No segundo mês orientou 115 (100%) usuários avaliados em consulta e no terceiro mês orientou 242 (100%) dos usuários com hipertensão envolvidos no trabalho. Vale destacar que estas orientações são dadas aos usuários no tempo médio da consulta para explicar os alimentos que devem ser incorporados à dieta e quais são aqueles que devem ser diminuídos ou substituídos por outros mais saudáveis, dependendo do nível econômico pondo em prática a equidade. Ademais, foi criado o grupo específico de encontro com os usuários hipertensos para regularizar estas orientações junto à prática onde demonstramos para estes usuários como podemos fazer para manter uma dieta saudável. Este tipo de evento tem sido realizado uma vez por mês na UBS onde os responsáveis são o médico, enfermeira e diretora do posto. A vantagem é que, no caso de faltar qualquer destes membros, a atividade não é suspensa.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.



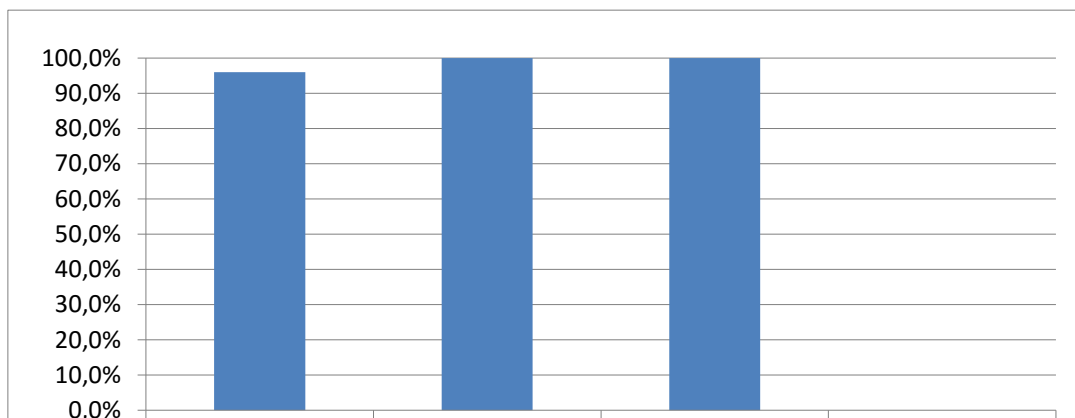
**Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

Durante o primeiro mês 24(96%) dos 25 usuários com diabetes cadastrados receberam orientação nutricional 24(96%). Já no segundo e no terceiro mês a meta atingiu 100% dos usuários cadastrados. No primeiro mês, as orientações nutricionais não foram dadas para uma usuária diabética faltosa à consulta. Ela morava muito longe e isso impossibilitou sua busca. Já nos demais meses as estratégias adotadas pela equipe como a procura de apoio na comunidade se mostrou positivo para recuperar a usuária e lhe dar a consulta e orientações necessárias no tempo médio da consulta.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Para garantir as orientações sobre prática de atividades físicas regulares aos usuários com hipertensão a equipe se organizou e estas orientações foram oferecidas a todos os usuários acompanhados, durante o atendimento clínico da enfermeira e do médico e durante as visitas domiciliares. O indicador se comportou adequadamente, no primeiro mês atingiu 100%, e de igual forma aconteceu no segundo e terceiro mês. O total de usuários hipertensos acompanhados receberam as orientações sobre prática de atividades físicas regulares, assim o indicador foi cumprido totalmente no período.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.



**Figura 18 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular**

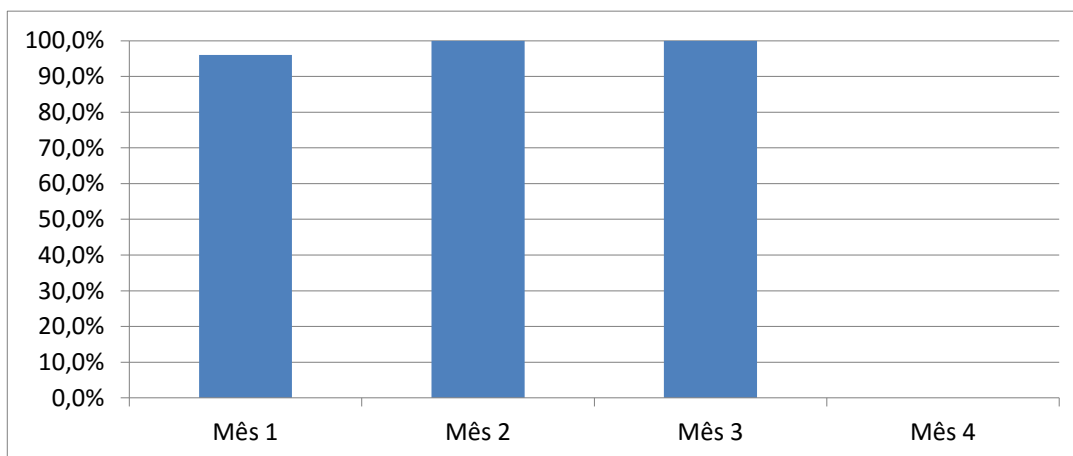
Outro indicador analisado é a proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Neste caso, 100% dos usuários com diabetes receberam as orientações. No primeiro mês, como tivemos uma usuária com diabetes faltosa a consulta e não conseguimos fazer a busca ativa na última semana do mês, apenas 24 usuários (96%) dos 25 cadastrados receberam as orientações. Já no segundo mês foram dadas as orientações para esta usuária. Com relação às orientações, durante a intervenção a equipe criou um grupo de usuários dispostos a fazer caminhadas. Nesse grupo um dos ACS ou técnico de enfermagem afere a pressão destes usuários todos os dias. Já temos um grupo com 12 integrantes, algo muito relevante para continuar incentivando este tipo de prática. Vale destacar também que os gestores municipais ainda não conseguiram fazer a parceria para contratar um educador físico para promover e incentivar ainda mais este tipo de prática, mas a equipe continua insistindo para concretizar e qualificar esta ação. No segundo e terceiro mês 100% dos usuários cadastrados receberam as orientações.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

No caso da proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foram 55 usuários, no segundo mês 115 usuários e no terceiro mês 242 usuários totalizando 100% de

orientações sobre riscos do tabagismo nos três meses da intervenção. Assim, o indicador comportou-se positivamente.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.



**Figura 19 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

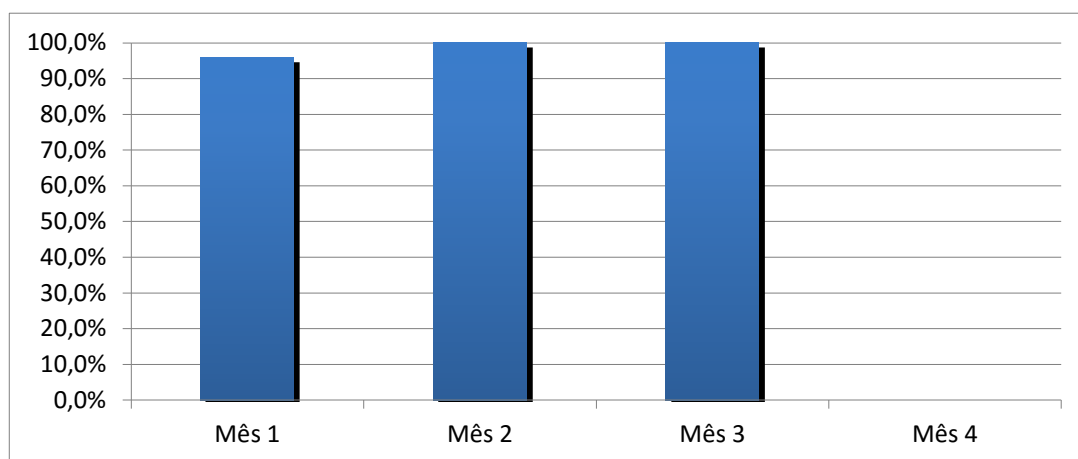
Com relação ao indicador proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo, destacamos que 24 (96%) dos 25 usuários cadastrados receberam orientações, isso ocorreu uma usuária diabética faltou a consulta na semana 4 da intervenção e não conseguimos realizar busca ativa. Já no segundo e terceiro mês atingimos 100% dos usuários cadastrados. Assim o indicador evoluiu satisfatoriamente no período e foi cumprido totalmente, sendo que a usuária foi recuperada na semana 5ª semana da intervenção.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

O indicador orientação sobre higiene bucal que deveria atingir 100% dos usuários com hipertensão alcançou a meta planejada. O indicador se comportou da seguinte maneira: 55 usuários no primeiro mês (100%), 115 usuários no segundo mês (100%) e 242 (100%) usuários no terceiro mês receberam orientações sobre higiene bucal. No início das capacitações, os profissionais achavam que só o dentista podia dar essa orientação, mas depois que foram

conhecidas às atribuições dos profissionais da equipe de saúde virou rotina na UBS. Este indicador foi cumprido totalmente em cada mês e no final do tempo avaliado.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.



**Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal**

A proporção de usuários com diabetes que receberam orientações sobre higiene bucal no primeiro foi de 96%(24 usuários) por motivos mencionados anteriormente. No segundo e terceiro mês atingimos 100% dos usuários com diabetes cadastrados. Durante reuniões com o grupo específico e nas consultas, todos os profissionais falavam da importância de escovar os dentes, quais são as substâncias adequadas no caso de possuir próteses e da detecção de lesões na mucosa bucal. Assim era realizado o exame da mucosa oral durante os atendimentos clínicos. Também podemos destacar que a dentista contratada não prestou serviços na nossa UBS, mas como estratégia da equipe frente a essa dificuldade os casos mais preocupantes foram encaminhados para o odontólogo da sede do município.

De forma geral, podemos mencionar que dentre das ações que facilitaram o resultado dos indicadores do trabalho foram: o aproveitamento dos registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa já existentes na UBS e a impressão da ficha espelho disponibilizada pela UFPEL. Ademais, a equipe realizou o acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em todos os

turnos de atendimento da UBS e em todos os dias da semana nas que foi possível a consulta.

Também foi garantido o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde que a equipe solicitou dos gestores municipais os quais providenciaram aparelhos novos e fitas descartáveis para garantir a confiabilidade das aferições. No que tange a capacitação dos profissionais da equipe, cabe destacar que foram realizadas as reuniões com os profissionais da equipe para definir as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico de usuários com hipertensão e/ou diabetes e foi estabelecida a periodicidade da capacitação dos profissionais ao longo da intervenção. A enfermeira realizou ações educativas para os usuários com hipertensão e/ou diabetes e familiares destes; ademais realizou consulta de avaliação clínica segundo protocolo e atribuições, solicitação de exames complementares de rotina, orientar tratamento conforme protocolo do serviço; transcrições de medicação controlada neste caso HIPERDIA, identificar os casos de alto risco cardiovascular e demais complicações assim como encaminhar para avaliação especializada; realizar atividades com grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes; realizar visita domiciliar.

Ainda falta muito por fazer, mas com certeza a equipe tem aumentado o nível de conhecimento durante as qualificações profissionais, temos engajado a comunidade nas atividades de educação de prevenção e promoção de saúde assim como o envolvimento dos líderes comunitários no gerenciamento e solução dos problemas apresentados na busca de estratégias, e o mais importante tem-se mantido uma estabilidade no seguimento, controle e avaliação das atividades durante o monitoramento constante que tem permitido que todas as ações tenham virado rotina no serviço da UBS. Nosso trabalho continua.

## **4.2 Discussão**

O trabalho de intervenção foi muito importante para a UBS Félix Pinto, pois fez com que a equipe se empoderasse de seu papel e passasse a desenvolver



ações de prevenção de doenças e promoção saúde. Além disso, deu subsídios aos envolvidos para que o processo de trabalho fosse qualificado e outras ações programáticas fossem implementadas na UBS. Apesar das dificuldades enfrentadas devido ao apoio logístico insuficiente oferecido pela gestão, podemos destacar que a intervenção permitiu a união da equipe e o desenvolvimento de estratégias e soluções para a solução dos problemas. Dessa forma, tanto a equipe, como a comunidade se tornaram mais autônomos. Vale destacar que no início da intervenção nossa área de abrangência contava com 233(26%) usuários portadores de HAS e 82 usuários portadores de DM (31%) cadastrados para uma população de 5.128 habitantes. Além disso, a UBS Félix Pinto está situada numa área rural formada por 10 vilas distantes, isso sem contar que as vicinais pertencentes a cada vila contam com apenas 7 ACS que não são suficientes para cobrir todas as áreas. Essas questões fizeram com que nossa UBS tivesse um controle inadequado das consultas e registros nas fichas de acompanhamento, assim como baixa cobertura no atendimento oferecido para os usuários e avaliação deficiente nos atendimentos. Ademais, na área existiam 89 (38%) usuários hipertensos e 29(35%) usuários com diabetes com atraso na consulta agendada e sérios problemas de transporte, o que afetava diretamente a qualidade do atendimento, o seguimento dos usuários e a realização dos exames complementares na sede do município. Por isso, o objetivo geral do nosso trabalho foi melhorar a atenção à saúde do usuário portador de HAS e/ou DM na UBS/ESF Félix Pinto, Cantá, RR.

Durante o trabalho de intervenção, a minha UBS garantiu que os registros das pessoas portadoras de HAS e DM fossem realizados de forma organizada e sistemática. O atendimento clínico às pessoas portadoras de HAS e/ou DM também foi realizado com total qualidade, incluindo a avaliação do risco cardiovascular e o exame exaustivo dos pés nos usuários portadores de DM, o qual diminuiu consideravelmente as aparições de futuras complicações e permitiu fazer diagnósticos diferenciais de doenças infectocontagiosas como fungos e lesões por possível hanseníase frente à possível aparição da ulcera ou pé diabético. No que tange a busca ativa de usuários faltosos à consulta, podemos destacar que todos os usuários portadores de HAS e/ou DM receberam a busca ativa. Além disso, realizamos capacitações dos profissionais e monitoramento e avaliação das atividades planejadas. O contato com lideranças e demais

membros da comunidade foi uns dos pontos mais positivos neste trabalho, tendo em vista que com o auxílio dos mesmos estamos conseguindo resolver de parte dos problemas apresentados pela gestão, tais como: transporte, apoio logístico em geral como disponibilização de canetas, folhas, xerox para prontuários e fichas espelhos, fornecimento de frutas por parte de colonos da região para desenvolver atividades de grupos específicos e capacitações dos ACS e demais membros da equipe. Além das ações citadas, também foi realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos (HIPERDIA), a manutenção das informações nos registros, como SIAB e registros internos da UBS e o monitoramento e avaliação das atividades planejadas. Os processos preconizados nos protocolos de atendimento, assim como, as ações programadas e a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre protocolo de HAS e DM também foram desenvolvidas. Outro aspecto positivo também está diretamente relacionado com a comunidade e com os líderes comunitários, os quais permitiram a recuperação de espaços públicos para a realização das atividades de educação em saúde. Durante o período da intervenção, recuperamos cinco locais públicos em desuso e, com a ajuda da comunidade, continuaremos utilizando os mesmos.

De forma geral, cada atividade prevista foi uma novidade para a equipe que, no decorrer do trabalho, foi adquirindo conhecimentos e experiências que consolidaram o trabalho e se transformaram em rotina para a UBS. Além de se constituir uma forte ferramenta na busca de soluções alternativas ante os obstáculos apresentados.

Nesse sentido, a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários portadores de HAS e/ou DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira e da auxiliar de enfermagem e principalmente o interesse de todos os membros da equipe em desenvolver o projeto de intervenção de qualidade para incorporá-lo à rotina do serviço.

Uma das ações que contribuiu para a realização de atividades de interesse assistencial para o cadastramento, avaliação e demais atividades mencionadas foram as capacitações oferecidas para todos os membros da equipe, a definição das atribuições de cada membro para o exame clínico, realização de visitas

domiciliares, busca ativa de usuários faltosos às consultas, bem como outras atividades de engajamento que contribuíram para a qualidade do atendimento clínico. Apesar de todos os problemas enfrentados, podemos destacar o comportamento autônomo da equipe, compromisso demonstrado com as atividades planejadas e o interesse de cada um dos membros para desenvolver o trabalho.

No que tange a capacitação dos profissionais da equipe, conseguimos desenvolver reuniões mensais e, no primeiro contato definimos as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico de usuários portadores de HAS e/ou DM e estabelecemos a periodicidade da capacitação dos profissionais ao longo da intervenção.

De forma geral, a enfermeira realizou ações educativas para os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares; ofereceu consulta de avaliação clínica, segundo protocolo e atribuições, solicitar exames complementares de rotina, orientou tratamento conforme protocolo do serviço; transcreveu medicação controlada, neste caso do HIPERDIA, identificou os casos de alto risco cardiovascular e demais complicações e encaminhou para avaliação especializada; realizou atividades com grupos de hipertensos e diabéticos; realizou visita domiciliar, e; participou ativamente na busca dos usuários faltosos à consulta.

O médico, apesar dos problemas com o transporte, realizou consultas de avaliação aos usuários portadores de HAS e DM; solicitou os exames específicos para estes usuários segundo especificidades de cada caso e segundo protocolos do Ministério da Saúde; orientou aos usuários hipertensos e diabéticos quanto aos fatores de riscos e sinais de complicações; nos casos que apresentaram sinais de gravidade encaminhou o usuário para unidades de cuidados avançados; atualizou o cadastro do medicamento controlado nas farmácias populares a pedido do município, e; realizou visitas domiciliares.

Os técnicos de enfermagem realizaram ações educativas para os hipertensos e diabéticos; verificaram peso, altura, aferição da pressão arterial e fizeram as anotações dos dados no prontuário clínico e na ficha espelho; participaram de atividades educativas e de grupo; alertaram o médico e a enfermeira das complicações devido à doença de base ou qualquer outra não relacionada, como febril ou infecciosa dos usuários portadores de HAS e DM. Nos

momentos em que a demanda excedia, estes profissionais forneceram a medicação aos usuários mediante receita médica.

Enquanto aos agentes comunitários de saúde realizaram visitas domiciliares e busca ativa de usuários faltosos a consulta; identificaram os atrasos na realização dos exames complementares indicados pelo médico ou pela enfermeira; verificaram a constância da ingestão dos medicamentos controlados de cada um destes usuários. Também participaram em todas as atividades educativas de promoção e prevenção programadas assim como aumentaram a capacidade de gestão para solução dos problemas na comunidade, engajando ativamente todos os usuários envolvidos no projeto.

Com relação ao serviço, a intervenção trouxe consigo um melhor controle sobre os registros e atividades desenvolvidas, pois antes tudo girava ao redor da enfermeira porque não existia médico na UBS. Os demais profissionais auxiliam no atendimento da demanda espontânea e não existia nenhum controle na UBS. Com a vinda do médico, com o início da intervenção e com a consequente reestruturação da equipe, a cobertura aumentou, os atendimentos passaram a ser oferecidos com maior qualidade e cada profissional passou a assumir o seu papel dentro da ESF. Foram criados arquivos específicos e livros de controle que permitiram que o grupo de monitoramento e avaliação fiscalizasse os processos a cada 15 dias e discutisse-os na reunião mensal da equipe de saúde.

Além disso, a equipe conseguiu realizar o controle de estoque de medicamentos do HIPERDIA fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, pois a diretora da unidade realizou o pedido, organizou e classificou os medicamentos por doenças e usuários mensalmente. No caso de demanda espontânea, os usuários que apresentaram alto risco foram atendidos no mesmo dia. Foi criado um livro de registros específicos para usuários portadores de HAS e DM para viabilizar e controlar o agendamento das consultas clínicas e odontológicas assim como os resultados dos exames e classificação do risco cardiovascular. Apesar desse registro, essas informações também ficavam registradas na ficha espelho disponibilizada pela UFPEL e no prontuário individual.

Uma das vantagens da intervenção para a comunidade foi a priorização do atendimento aos usuários portadores de HAS e DM, diminuindo o tempo de espera, facilitando a prescrição e adesão aos tratamentos nas farmácias populares, regularizando e mantendo uma estabilidade nos tratamentos prescritos

pelo médico. Além disso, com a intervenção conseguimos engajar a comunidade nas atividades propostas de forma que eles tivessem uma participação ativa no desenvolvimento das ações coletivas e na tomada de decisões. Vale destacar também que devido a adesão aos tratamentos, o controle específico de cada usuário e as atividades coletivas de forma geral, os níveis pressóricos e de glicemia estão mais controlados na população alvo.

Se a intervenção reiniciasse neste momento, trataria de envolver mais os líderes comunitários para que os problemas enfrentados se tornassem mais amenos. Infelizmente a equipe demorou para envolver a comunidade nesse Projeto, pois esperava que a gestão cumprisse o seu papel e oferecesse o apoio necessário e isso ocasionou atraso na realização de várias ações que influenciaram no resultado da intervenção.

Neste momento a equipe se sente madura e preparada para enfrentar e solucionar os problemas que ainda existirão ao longo do trabalho. Eu acredito que com a maturidade adquirida pelos profissionais da equipe, a comunidade se encontra protegida. Destaco isso porque todos os membros têm sido capacitados, têm participado de reuniões para desenvolver estratégias e para solucionar os problemas enfrentados e, sobretudo, têm demonstrado o compromisso de cuidar da saúde da população.

Durante a realização da intervenção, as atividades realizadas foram incorporadas à rotina do serviço de maneira irreversível, por isso à medida que vamos avançando, o processo de trabalho da equipe vai se qualificando. No entanto, ainda faltam alguns detalhes para serem trabalhados, como: a conscientização por parte de alguns membros da comunidade no que tange a priorização do atendimento aos usuários portadores de HAS e DM, em especial aos de alto risco, além disso, pretendemos desenvolver ações mensais em todas as Vilas e vicinais para aumentar a cobertura do atendimento aos usuários portadores de HAS e/ou DM e aumentar o rastreamento dos usuários hipertensos e diabéticos para detecção de casos novos até chegar a 100% de cobertura. Também continuaremos as capacitações para manter o nível de conhecimento adquirido pelos profissionais e, ao mesmo tempo, manteremos as reuniões mensais com para discussão e avaliação das atividades realizadas. Continuaremos com o monitoramento e avaliação dos processos segundo o preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde. Ademais, uma das ideias

surgidas durante a intervenção é convidar para participar do grupo de hipertensos e diabéticos aqueles usuários com fatores de risco para contrair estas doenças e evitar a aparição ou alongamento da sua aparição. Também remarcaremos as vagas no laboratório da sede para os usuários portadores de HAS e DM que não conseguiram realizar os exames em dia, assim como aqueles que apresentam maior necessidade de atendimento odontológico. Vale destacar que além da realização dos exames laboratoriais, existem usuários que não tem condições financeiras para se deslocarem até a sede do município e em várias ocasiões a equipe garantiu a coleta destes usuários na UBS e o material foi levado até o laboratório pela própria equipe de saúde. Os gestores de saúde e a bioquímica do município foram contatados por este motivo para resolver esta problemática e reavaliar a situação para buscar soluções para estes usuários especificamente.

Temos esperanças que a gestão recontrate recontratar uma dentista para nossa área de abrangência. Ademais, para conseguir alcançar os objetivos mencionados pretendemos conversar novamente com a gestão sobre a importância do transporte ser viabilizado. A equipe está propondo aos gestores a possibilidade de criar um ponto de coleta de sangue na UBS Félix Pinto e deslocar o material com as medidas preconizadas até a sede do município para melhorar ainda mais a qualidade do atendimento aos usuários. Também continuaremos insistindo com os gestores municipais para recuperação dos espaços em desuso e utilizá-los como locais de encontro de grupos e demais atividades de promoção e prevenção em saúde assim como de prática regular de exercícios físicos com apoio do educador físico das escolas de cada vila.

Ainda temos muito o que fazer, mas com certeza o trabalho constitui um incentivo para desenvolver outras atividades que favoreçam a saúde comunitária.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Caro gestor(a):

Durante 12 semana foi realizado um trabalho de intervenção na reorganização do Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência. Essa intervenção faz parte do Trabalho

de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho fazendo como membro do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizada pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPeI). Vela ressaltar que essas 12 semanas foram precedidas de outros nove meses de atividades do curso de especialização. A equipe profissional da equipe da UBS Félix Pinto, direcionou a atenção ao Programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes sem deixar de realizar outras atividades que integram nosso trabalho comunitário, que é a essência da atenção básica e saúde da família. Temos obtido resultados positivos, pois mesmo ficando distante de nossas expectativas, acredito que este trabalho valeu o esforço de todos envolvidos. Vale destacar que durante a divulgação do projeto, os participantes ficaram emocionados, já que pela primeira vez na história da UBS Félix Pinto, aconteceria um planejamento para o desenvolvimento de atividades para grupos específicos, onde cada usuário poderia se engajar e participar de maneira ativa. A divulgação do projeto serviu como um motivador para a incorporação das atividades previstas no processo de trabalho da equipe de saúde. Além disso, durante a implementação do projeto de intervenção na comunidade, a equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas, onde conseguimos aumentar a cobertura durante três meses de intervenção até 26,5% no programa de atenção ao hipertenso e até 34,1% no programa ao diabético na UBS Félix Pinto. Vale destacar que a população ficou satisfeita com o atendimento oferecido pela equipe e a organização adquirida durante estes três meses, o que permitiu maior interesse dos usuários pelas atividades planejadas pela equipe.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a intervenção tem gerado uma importância vital para o trabalho na UBS, permitindo organizar a equipe e implantar os protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde e facilitado pela Universidade Federal de Pelotas(UFPEL). Através da intervenção, conseguimos esclarecer as atribuições de cada profissional e tornar cada um dos membros da equipe um gestor em saúde, permitindo por meio das capacitações oferecidas pelo médico e a enfermeira, treinar todos os profissionais, que hoje estão mais preparados para enfrentar as dificuldades da equipe e buscar soluções viáveis para o correto desenvolvimento das atividades planejadas.

Dentre das atividades que foram desenvolvidas pela equipe num período de 12 semanas, cabe destacar que a equipe conseguiu pôr em dia as consultas atrasadas de 100% dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes já cadastrados, aumentar a cobertura de atendimento para 9 usuários portadores de hipertensão e 7 usuários portadores de diabetes, todos como casos novos. Além disso, o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes foi realizado de forma organizada e sistemática, facilitado também pela criação dos arquivos específicos para melhor controle sobre a população da área de abrangência, assim como o correto acolhimento e realização da triagem dos profissionais envolvidos. Vale destacar que nosso trabalho obteve um maior engajamento dos líderes comunitários e população em geral, facilitando o desenvolvimento da maioria das ações, oferecendo o apoio logístico dentre as possibilidades dos moradores, incentivando o trabalho com grupos específicos e ajudando a qualificar profissionais de educação em saúde da comunidade. A organização proporcionada nos atendimentos médicos e os agendamentos de consultas foi um aspecto positivo da intervenção, na qual a equipe demonstrou uma maturidade para desenvolver estas e outras atividades no âmbito da área de abrangência. A intervenção destacou alguns detalhes com o agendamento para a coleta de sangue no laboratório e para as consultas com o dentista da sede, ajudando a organizar e dar prioridades a pacientes segundo doenças e riscos.

Embora tenhamos vários aspectos positivos que foram oferecidos durante a implantação da intervenção, a equipe enfrentou dificuldades pelas mudanças sofridas na gestão, onde os resultados poderiam ter sido mais animadores. Mesmo assim, a comunidade e todos os membros da equipe ofereceram total apoio para o desenvolvimento do trabalho, a coesão e união total com a gestão é vital para que as atividades e ações planejadas se desenvolvam com maior qualidade. Por isso, o apoio logístico forma parte de um degrau que leva a desenvolver com qualidade qualquer ação programática, como por exemplo, o deslocamento da equipe para a atenção domiciliar aqueles usuários que estão acamados, são idosos ou simplesmente não tem condições financeiras para se deslocar até o local de atendimento do médico ou enfermeira, é um dos trabalhos que temos que incentivar na comunidade. O fornecimento de xerox, canetas, folhas é de grande ajuda para manter um maior controle e sistematização nos registros já criados na UBS. O apoio logístico nas atividades de grupo fomentaria



uma programação constante de educação em saúde na comunidade, para assim evitar riscos nas doenças, promover uma alimentação saudável, práticas de bons estilos de vida, reduzir as sequelas que possam deixar qualquer doença crônica que futuramente pode gerar gastos maiores, assim como sofrimento ao usuário e familiares. Além disso, precisamos da recuperação dos espaços que estão em desuso na comunidade, para que se possa valorizar o que uma vez alguns dos líderes construiu com outros fins para o bem-estar da população, transformando esses locais em centros promotores de saúde para incentivar a comunidade a práticas saudáveis.

De forma geral a equipe conhece as dívidas administrativas dos gestores anteriores que repercutiram na presente gestão, mas dentre as modificações e metas atingíveis, peço que avaliem o quanto podemos fazer com seu apoio para o bem estar da comunidade, podemos aumentar a cobertura do atendimento a 100% dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes em um período de mais 6 meses, assim como melhoráramos a cobertura do atendimento que envolvem as demais ações programáticas. Seria reduzido o número de encaminhamentos para os centros de atenção secundária se pudessemos aumentar as atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como a criação do núcleo de atenção à saúde da família(NASF) ou parcerias com especialistas que compõem esse núcleo. Com o apoio da gestão, a equipe poderia incluir futuramente no trabalho, a capacitação de um grupo de profissionais para o uso da medicina verde com baseamento científico e estudos comprovados, que pode reduzir o consumo de medicamentos convencionais na população, diminuir o gasto de alguns dos medicamentos fornecidos pela prefeitura e desta maneira fazer hortas medicinais com ajuda da comunidade. Todo o apoio oferecido pela gestão ameniza o trabalho da equipe no desenvolvimento das ações programadas e aumenta a qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários, pois hoje a equipe está preparada para desenvolver qualquer atividade e disposta a seguir melhorando a saúde da população que é nossa essência como fiéis guardiões da saúde da família.

Apesar das dificuldades, podemos destacar que a gestão tem dado um grande passo com o trabalho de intervenção oferecido pela Universidade Federal de Pelotas na área, pois tem aumentado o controle dos trabalhadores, descentralizando a fiscalização na UBS. Além disso, a economia relacionada ao

planejamento dos medicamentos, que era feito pela gestão e dirigido fundamentalmente às ações de saúde, onde os medicamentos tinham maior consumo, foi alterada com a intervenção, onde agendamos as consultas e fazemos um maior controle sobre os mesmos. A equipe tem adquirido maior conhecimento e organização no trabalho, permitindo adequar e tornar rotina as atividades planejadas como agendamento de consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos específicos e da equipe de saúde entre outras. Podemos destacar que temos ganhado confiança da comunidade pela participação que estes tem nas atividades da equipe, já que sugerimos dar mais espaço para os membros da população na hora tomada de decisões pela gestão, pois a comunidade tem sido uma das protagonistas dos resultados obtidos no trabalho.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

O projeto de intervenção na UBS Félix Pinto teve como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, que no início, não contava com uma equipe de saúde organizada que oferecia uma atenção de qualidade. Através do curso de especialização disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas(UFPEL), a comunidade teve uma grande vantagem no que se refere a melhoria da qualidade no atendimento, prioridades para os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, avaliação regular nas consultas programadas, maior equidade nos tratamentos oferecidos, maior frequência de agendamento para consultas nos casos de maior risco. Com a intervenção a população da área de abrangência pode perceber grandes mudanças, dentre as quais pode participar ativamente da resolução dos problemas de saúde que estavam afetando diretamente à comunidade, assim como passou a discuti-los com a equipe de saúde. Isto não acontecia e agora é realidade, oferecemos o lugar que vocês merecem, engajando e envolvendo cada vez mais os moradores nas atividades planejadas pela equipe.

Com relação às atividades que a comunidade tem participado, podemos destacar as relacionadas com grupos específicos, ações de saúde oferecidas e, sobretudo, o apoio logístico oferecido pelos membros da equipe e da

comunidade. Este tornou-se um passo fundamental para pôr em prática o engajamento público, já que diante das dificuldades enfrentadas pelas mudanças da gestão, como comunidade demonstraram uma maturidade sem precedentes através da união dos líderes comunitários, membros da equipe e comunidade em geral. Assim, tornaram-se engajados e cada vez mais fortes na tomada de decisões para a execução das atividades planejadas, como transporte, capacitações dos profissionais, atividades de grupo, solicitações para recuperação de espaços públicos em desuso e organização dos agendamentos para as consultas. A intervenção deve-se à forte união dos membros da equipe e do engajamento de todos os membros da comunidade, assim como de alguns gestores que ofereceram o apoio dentro suas possibilidades.

A comunidade sabe e deve participar ativamente na tomada de decisões das atividades propostas pela equipe, isto porque tem-se escolhido promotores de saúde entre os membros da população, não como cargo público, mas sim como membro ativo de saúde para apoiar as ações e agilizar o contato com os grupos.

Através da intervenção, a comunidade pode adquirir conhecimento para uma melhor qualidade de vida, cumprindo com as indicações do médico e a enfermeira com relação à necessidade de tomar os medicamentos, evitando dessa forma, complicações e futuras deficiências. Além das vantagens mencionadas, devem ter claro que a especialização foi e é uma ferramenta e a chave para continuar o trabalhando junto a equipe, e com o apoio de vocês continuaremos melhorando a qualidade do atendimento clínico, como saúde à pessoa idosa, atenção à saúde da criança, pré-natal e puerpério, câncer de colo do útero e mama.

Tudo isso foi possível devido à união e à ajuda de todos vocês como comunidade, à equipe como promotora do trabalho de intervenção disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas e gestão como apoio das atividades programadas. Só assim conseguimos aperfeiçoar o atendimento aos usuários e melhorar o atendimento a todos vocês como comunidade que em realidade são nossa razão de ser.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Através do trabalho de intervenção, a equipe da UBS Félix Pinto tem cumprido a maioria das expectativas traçadas, assim como superado outras que surgiram ao longo do trabalho e mostraram a incrível capacidade dos membros para enfrentar as dificuldades. O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL permitiu a nossa equipe consolidar e implantar o modelo de estratégia de saúde da família e inseri-lo na comunidade, cumprindo com o estabelecido e reafirmando que a atenção primária de saúde constitui a porta de entrada para oferecer ao cidadão uma saúde de qualidade e de fácil acesso. A implementação do trabalho em equipe permitiu reduzir mediante ações de promoção e prevenção, o surgimento de doenças e/ou propagação na comunidade de doenças gastrointestinais, parasitárias, respiratórias, além de complicações maiores nas doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, entre outras.

Não há dúvidas em nossa equipe de que a implementação do trabalho de intervenção aumentou o nível de conhecimento de cada um dos membros, constituindo um dos passos mais importantes para o desenvolvimento das ações ao longo do trabalho e transformando a cada um dos nossos profissionais num gestor. A equipe demonstrou além das suas funções, uma grande maturidade na solução dos problemas enfrentados para a realização das atividades planejadas, superando minhas expectativas. Dentre as dificuldades enfrentadas e superadas pela união e compromisso adquirido durante o trabalho, está o apoio logístico

oferecido pela comunidade através do engajamento da população incentivado pelos membros da equipe. Isto possibilitou uma melhor interação entre os membros da equipe, comunidade e a gestão municipal. O trabalho de intervenção permitiu informar os gestores sobre os reais problemas de saúde que a comunidade enfrenta e incentiva-los na melhoria da interação com os profissionais e membros da comunidade na busca de soluções. Apesar das dificuldades provocadas na mudança de gestores, a equipe conseguiu engajar todos os fatores. Na realidade fiquei impressionado pela forma na qual a equipe reagiu frente às dificuldades, já que nenhum membro ficou de braços cruzados, sempre demonstraram interesse, compromisso na busca de alternativas e novas estratégias para continuar o desenvolvimento normal da intervenção. Muitas estratégias e propostas viraram rotina com a intervenção, como o contato com as lideranças comunitárias e as capacitações para avaliação da prática clínica de cada profissional.

O curso tem sido uma escola sem precedentes, trazendo vivências inesquecíveis para a comunidade, consolidado e aumentado o conhecimento científico e prático na saúde da família, fundamentalmente no manejo dos protocolos oferecidos e disponibilizado pela UFPEL. Ademais, o curso tem deixado uma marca positiva na formação de cada um dos profissionais, pois elevou consideravelmente o conhecimento científico de todos os participantes, inclusive da comunidade, que demonstrou receptividade e interesse durante todas as ações realizadas. A humilde governabilidade dos membros da equipe trouxe consigo um forte incentivo para que os gestores municipais mudassem sua visão com relação à atenção primária de saúde, onde antigamente não tinham bem claro a importância das ações de saúde. Atualmente eles sabem que as atividades direcionadas ao setor comunitário é a base do planejamento administrativo para melhorar o estado de saúde da população em geral.

A possibilidade de interagir virtualmente no curso foi um destaque, onde tivemos a vantagem de conhecer situações reais das áreas de saúde dos colegas, assim como adquirir experiências ao compartilhar mediante fóruns, diferentes casos, tanto nos serviços, como na comunidade, servindo como padrão para possíveis mudanças em nossas áreas. Os casos interativos e os testes de qualificação cognitiva, ajudaram à minha superação como profissional, melhorando e aperfeiçoando sistematicamente a prática clínica na comunidade.

Do mesmo modo, durante o curso contamos com uma orientadora que constituiu nosso braço direito para a guia e condução do trabalho de construção do curso (TCC), na qual tiramos dúvidas, interagimos e recebemos orientações para aperfeiçoar nossas práticas no trabalho e na comunidade.

As dificuldades enfrentadas pela equipe foram sem dúvida, um dos maiores incentivos do trabalho, motivando a busca de soluções e estratégias para desenvolver as atividades, engajando fortemente os usuários e a comunidade em geral. Além disso, o trabalho estruturado, planejado e direcionado, permitiu melhorar o estado organizativo e o conhecimento científico de todos os envolvidos. O maior sucesso foi e continua sendo a interação direta com a comunidade, onde poucos temos a oportunidade e o imenso prazer de olhar na cara dos usuários e ouvir deles um “obrigado” na saída pela porta de suas casas, escutar um “obrigado por ter vindo me visitar”, receber a recompensa de um “estou bem melhor com o tratamento e as indicações que você me deu”, ouvir um grupo de pessoas que expressem que nesse lugar nunca haviam consultado com um médico. Isto é o maior sucesso que possa ter qualquer profissional. Mas por trás de tudo isto também existe maravilhosos profissionais que direcionam e guiam cada um de nós e permitem que a comunidade tenha acesso a uma saúde de equidade, universalidade e integridade para todos.

A minha expectativa com o curso sempre foi positiva, mas ao desenvolver a intervenção fiquei emocionado, pois percebi o quanto poderia fazer pela equipe e pela comunidade se usasse bem as ferramenta disponibilizadas pela especialização para melhorar a qualidade dos serviços, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde. Com sinceridade, cito que em alguns momentos da intervenção fiquei magoado e triste pelos problemas enfrentados com a logística, mas não me deixei levar pela desistência. O que mais me impulsou na busca de soluções foram àquelas famílias tão carentes que precisavam mesmo de uma mudança e, por muito pequeno que seja para mim, tudo o que temos feito para estes usuários marcam a diferença. De forma geral, o curso tem sido de grande ajuda para minha formação como profissional, fundamentalmente porque disponibilizou materiais e protocolos que passaram a ser utilizados como guia para a minha pratica profissional. Ademais, o curso me permitiu um melhor desempenho no que se refere ao uso dos cursos online, onde adquiro o conhecimento de como manusear os links, que oferecem um grande volume de

informação para o estudo individual e mais prático para o estudo e auto superação. Enfim, minha opinião é que os cursos deveriam ser disponibilizados para todos os profissionais da saúde em todo momento porque constituem-se como uma forte ferramenta de atualização profissional e superação constante.

## 7 Referências

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.77, n.1, p.9-21, 2001.

REGO, R.A. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of São Paulo, SP (Brasil): Methodology and preliminary results. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.24, n.4, p.277-85, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patrícia Abrantes Duval*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

## Anexo C - Ficha espelho

## FICHA ESPELHO

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social



**UFPEL**

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_  
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante